

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



TRAUMAS DA GUERRA:
TRAUMATIZAÇÃO SECUNDÁRIA DAS FAMÍLIAS DOS
EX-COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL COM PTSD

Susana Martinho de Oliveira

MESTRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Stress e Bem-Estar

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



TRAUMAS DA GUERRA:
TRAUMATIZAÇÃO SECUNDÁRIA DAS FAMÍLIAS DOS
EX-COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL COM PTSD

Susana Martinho de Oliveira

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Stress e Bem-Estar

Dissertação orientada pela Professora Doutora Alexandra Marques Pinto

2008

Aos meus pais e à minha irmã

Dedico-vos este trabalho, pois com o vosso amor incondicional, apoio e compreensão este percurso foi mais reconfortante. Obrigada por estarem sempre a meu lado, por apoiarem os meus projectos e por serem a minha família!

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alexandra Marques Pinto, por me ter acompanhado neste percurso, sempre com uma disponibilidade extraordinária e única. Agradeço todos os incentivos, o encorajamento, a reflexão crítica e o carinho com que me apoiou e abraçou este projecto!

À Dra. Fani Lopes, pela inspiração, pelos sábios ensinamentos, pela oportunidade de aprendizagem e reconhecimento. A minha profunda gratidão por me ter acompanhado desde o início no meu percurso pelo mundo da Psicologia!

À Direcção da APOIAR, particularmente ao Dr. Armindo Roque, pela confiança e pelo carinho como apoiou desde o início este estudo!

Aos meus caros e estimados colegas, Dra. Carla Santos, Dr. Nuno Duarte, Dra. Sofia Pires e Dra. Lucília Bravo pela amizade, disponibilidade e cooperação!

Às minhas grandes amigas, Marina, Luciana, Elsa, Sofia, Andreia e Rita, pela eterna amizade, pela partilha e por terem compreendido as minhas “ausências e stress”, nos períodos mais difíceis deste percurso!

Aos meus colegas de mestrado, pela aprendizagem e caminho partilhado e pelos momentos privilegiados de Bem-Estar. O meu agradecimento particular às minhas colegas e amigas, Ana Beato e Susana Ramalho pelo companheirismo, pela amizade sincera e pelo encorajamento estimulante, principalmente na última fase desta etapa, quando a insegurança e a ansiedade começavam a emergir!

À minha mãe pelos ensinamentos valiosos de coragem e persistência!

Ao meu pai por me fazer acreditar na vontade da mudança!

À minha irmã pelo seu amor genuíno e inigualável. O meu profundo agradecimento pela sua disponibilidade e ajuda preciosa durante o decorrer deste projecto!

Ao meu cunhado pelo carinho, amizade e por fazer parte da minha família!

Aos ex-combatentes da Guerra Colonial, sócios da APOIAR, e seus familiares, pela sua disponibilidade, coragem e colaboração e por permitirem a existência do presente estudo o meu MUITO OBRIGADA!

Índice

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
Capítulo I – Stress de Guerra: PTSD	10
<i>Conceito de Trauma e de Acontecimento Traumático</i>	<i>11</i>
<i>Diagnóstico, Efeitos e Prevalência</i>	<i>13</i>
<i>Evolução, Prognóstico e Diagnóstico Diferencial</i>	<i>17</i>
<i>PTSD Com Início Dilatado</i>	<i>20</i>
<i>A Emergência da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)</i>	<i>22</i>
<i>Conceptualização Teórica</i>	<i>24</i>
<i>Factores de Risco e Protectores</i>	<i>28</i>
<i>A Realidade Portuguesa</i>	<i>34</i>
Capítulo II – Impacto da PTSD do ex-combatente na família: STSD	37
<i>O conceito de Traumatização Secundária</i>	<i>38</i>
<i>Modelos do Stress e Crise Familiar</i>	<i>43</i>
<i>Modelo de transmissão do trauma</i>	<i>46</i>
<i>Fenomenologia da STSD</i>	<i>50</i>
<i>Impacto da PTSD na família</i>	<i>54</i>
<i>Traumatização Secundária nas esposas</i>	<i>59</i>
<i>Traumatização Secundária nos filhos</i>	<i>62</i>
<i>Realidade Portuguesa</i>	<i>71</i>
Capítulo III – Trauma primário, secundário e comorbilidade	73
<i>Traumatização primária (PTSD) ou traumatização secundária (STSD)?</i>	<i>74</i>
<i>PTSD e sintomatologia comórbida</i>	<i>80</i>
<i>Depressão e Ansiedade</i>	<i>82</i>
<i>O Problema de Investigação e formulação de hipóteses</i>	<i>84</i>

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	87
Capítulo IV – Objectivos e Metodologia	88
<i>Identificação dos Objectivos</i>	89
<i>Método</i>	90
<i>Procedimento</i>	90
<i>Participantes</i>	91
<i>Instrumentos de Avaliação</i>	95
TEQ	96
PTSD e STSD	98
Depressão	100
Ansiedade	104
Dados sócio-demográficas	107
PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	108
Capítulo V – Apresentação dos Resultados	109
<i>Resultados das variáveis em estudo</i>	110
<i>Incidência de PTSD/ STSD nos ex-combatentes e seus familiares</i>	110
<i>Incidência da Depressão nos ex-combatentes e seus familiares</i>	114
<i>Incidência da Ansiedade Estado e da Ansiedade Traço nos ex-combatentes e seus familiares</i>	116
Ansiedade Estado (STAI Form Y-1)	116
Ansiedade Traço (STAI Form Y-2)	118
<i>Caracterização do TEQ e correlações entre as variáveis em estudo</i>	121
<i>Caracterização das experiências traumáticas</i>	121
<i>Correlações entre as variáveis</i>	124
Correlação entre STSD e variáveis sócio-demográficas	124
Correlação entre PTSD e sintomatologia comórbida	125
<i>Teste das Hipóteses e Predições</i>	129
<i>A sintomatologia de PTSD dos Ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas (Hipótese 1)?</i>	129
<i>A sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos (Hipótese 2)?</i>	131
<i>A sintomatologia de STSD e comórbida das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos (Hipótese 3) ?</i>	135
<i>O perfil de sintomas das esposas é semelhante ao observado nos Ex-Combatentes com PTSD, embora menos severo (Hipótese 4)?</i>	138
<i>Os filhos apresentam menor perturbação psicológica que as mães (Hipótese 5)?</i>	138
<i>Efeitos de mediação e moderação da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas entre a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes e a sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos (Hipóteses 6 e 7)</i>	139

Capítulo VI – Discussão dos Resultados	140
<i>Discussão dos Resultados</i>	141
<i>A evidência de STSD e de sintomatologia comórbida nas esposas</i>	141
<i>O papel do gênero na explicação da sintomatologia traumática dos filhos</i>	144
<i>A predição da ansiedade traço do ex-combatente na sintomatologia comórbida dos filhos</i>	146
<i>A influência da sintomatologia das mães sobre a dos filhos</i>	148
<i>Reflexão sobre a análise do Grupo 1 (sem PTSD) e do Grupo 2 (com PTSD)</i>	149
Capítulo VII – Conclusões	153
<i>Conclusões Gerais</i>	154
<i>Contributos</i>	155
<i>Limitações</i>	156
<i>Implicações Futuras</i>	157
BIBLIOGRAFIA	159
ANEXOS	172

RESUMO

A Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) tem sido descrita na literatura em cônjuges e filhos de sobreviventes do Holocausto, em equipas de salvamento e de emergência médica, em terapeutas de indivíduos traumatizados e em esposas e filhos de veteranos de guerra.

Com a constatação da problemática inerente ao sofrimento evidenciado pelas famílias dos Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975) e da lacuna existente ao nível teórico-empírico de estudos nesta área em Portugal, com este trabalho procurámos dar um contributo para o estudo do impacto da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) de Guerra nas famílias dos ex-combatentes portugueses.

Através de um estudo quantitativo, correlacional e comparativo estudou-se o impacto da sintomatologia de PTSD e de sintomatologia comórbida dos ex-combatentes sobre as suas esposas e filhos, e a influência da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas nos filhos. Para este objectivo, foram utilizados quatro instrumentos de avaliação: o *Traumatic Events Questionnaire* (TEQ), a *PTSD Checklist* (PCL), o Inventário da Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI). A amostra total é composta por 66 famílias (198 indivíduos), tendo sido dividida inicialmente em dois grupos: o Grupo 1 em que o ex-combatente não sofre de PTSD e o Grupo 2 em que tem esse diagnóstico clínico.

Este estudo veio corroborar a existência de STSD nas esposas dos ex-combatentes com PTSD e a influência da sintomatologia comórbida destas mães sobre a dos seus filhos. Este estudo permitiu igualmente constatar que a sintomatologia traumática evidenciada pelos filhos não está relacionada com a PTSD do pai nem com a STSD da mãe, surgindo sim associada à variável género dos filhos.

Palavras-chave : PTSD, Guerra Colonial Portuguesa, STSD, comorbilidade.

ABSTRACT

The Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD) has been described in specialized literature as a condition observed in spouses and children of Holocaust survivors, rescue and medical emergency team members, therapists of traumatized individuals as well as in the wives and offspring of war veterans.

Being aware of the problematic connected to the suffering affecting the families of Portuguese Colonial War Veterans (1961-1975) and the gap in terms of empirical and theoretical studies in this area in Portugal, we aim to give a contribution to the study of the impact of the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) of war on the families of former Portuguese combatants.

Using quantitative, correlative and comparative methods of study we have thus researched into the impact of the PTSD symptomatology and of the comorbid symptomatology of former combatants on their wives and children and the effect of the STSD and comorbid symptomatology of their wives on the children. For this purpose four instruments were used for evaluation: the Traumatic Events Questionnaire (TEQ), the PTSD Checklist (PCL), the Beck Depression Inventory (BDI) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The total sample consists of 66 families (198 individuals) and was initially divided into two groups: Group 1 made up of former combatants not suffering from PTSD and Group 2 consisting of individuals who do suffer from this disorder.

This study corroborates the existence of the STSD in the wives of former combatants diagnosed with PTSD and the effect of these mothers' comorbid symptomatology on their children's. It also made possible to arrive at the conclusion that the traumatic symptoms present in the offspring are neither related to their father's PTSD nor to their mother's STSD, but rather to the gender variable of the children.

KEY WORDS: PTSD, Portuguese Colonial War, STSD, Comorbidity.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A literatura tem descrito há centenas de anos a noção de trauma e as reacções psicológicas a situações traumáticas. Estes acontecimentos têm natureza e grau variáveis, podendo afectar um só indivíduo ou um grupo.

Na década de 60-70, os estudos com os ex-combatentes da Guerra do Vietname, impulsionaram o reconhecimento científico da doença de Perturbação de *Stress*¹ Pós-Traumático (PTSD), motivando assim inúmeros estudos sobre este tema.

Desde a guerra do Golfo tem-se assistido ao interesse crescente por parte dos investigadores em estudar a PTSD dos militares após o seu regresso a casa, procurando delinear estratégias de intervenção para minimizar os efeitos do trauma de guerra (Hobfoll, S. E. & Spielberger, C. D. et al., 1991). Efectivamente, os estudos têm documentado uma variedade de dificuldades a nível pessoal e interpessoal. No entanto, esta área da investigação não tem dedicado grande atenção ao impacto da PTSD na família. Existem alguns, raros, estudos que demonstram que as esposas dos veteranos de guerra apresentam sintomas similares à PTSD mas não existem praticamente dados sobre a associação entre a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes e a sintomatologia dos seus filhos.

A ideia de que uma reacção traumática pode ocorrer sem uma exposição directa a um trauma só muito recentemente começou a ser considerada na literatura. A noção de traumatização indirecta surge nas últimas duas revisões do *Diagnostic Statistical*

¹ Optámos por manter a palavra *Stress* na sua língua original, dado que é assim que o termo surge na revisão da literatura.

Manual. Numa revisão do manual (DSM-IV-TR, 2002, pp. 464), começa-se a contemplar outras situações traumáticas como “observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca da morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo (Critério A1). (...) A probabilidade de desenvolver esta perturbação pode aumentar proporcionalmente à intensidade e proximidade física do agente stressor”.

Catherall (2004, citado por Matsakis 1996) reforça igualmente que uma das características da relação entre família, stress e trauma é a sua natureza bidireccional. O suporte familiar pode moderar o impacto do trauma no familiar traumatizado, tal como o impacto do membro traumatizado também pode traumatizar a família.

Investigação mais recente tem revelado que indivíduos com PTSD têm três vezes mais probabilidade de terem familiares com queixas de ansiedade, depressão, psicoses e comportamento anti-social.

Embora seja reconhecido que é frequente existir história de psicopatologia familiar (normalmente de depressão) nos indivíduos que sofrem de PTSD, não existem estudos actualmente que avaliem especificamente se os seus pais também sofrem de PTSD (Yehuda et al., 2001).

Considerando os estudos que referem que os familiares de um doente com PTSD, podem sofrer de traumatização secundária, dada a proximidade emocional e a exposição às reacções emocionais e comportamentais do traumatizado (Figley, 1998; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995), o presente estudo procura avaliar o impacto da PTSD dos ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial (1961-

1975) nas suas esposas e nos seus filhos, bem como a influência da sintomatologia evidenciada pelas mães sobre a sintomatologia dos filhos.

Deste modo, este estudo ao nível científico procura contribuir para a construção de conhecimento sobre a traumatização secundária nas famílias de indivíduos traumatizados, área caracterizada por parca conceptualização específica e sustentada, e em particular nas famílias de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, as quais têm sido muito negligenciadas ao longo destes últimos 34 anos.

A compreensão de variáveis e processos envolvidos na traumatização secundária de familiares de ex-combatentes, que o presente estudo visa, poderá igualmente dar um contributo para a construção de guias de acção, a adoptar na prevenção ou intervenção com os ex-combatentes e seus familiares, contributo este que se reveste de algum relevo social: apesar de não se saber quantos ex-combatentes estiveram expostos ao combate, estima-se que estiveram cerca de 800.000 homens portugueses nas ex-províncias Ultramarinas (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). Através do primeiro estudo epidemiológico, e único realizado até à data sobre a população portuguesa, Albuquerque et al. (2003) verificaram que a PTSD de guerra ao longo da vida corresponderia a 66 475 casos. Sendo uma doença crónica e incapacitante nas esferas interpessoal, social e profissional do ex-combatente, com um impacto significativo e traumatizante nas suas famílias, são consideráveis todas as consequências e custos, ao nível económico e social, que esta perturbação acarreta.

Na primeira parte do trabalho, fazemos um enquadramento teórico sobre os conceitos e as conceptualizações teóricas relevantes para a compreensão da nossa questão de investigação. No capítulo I, apresentamos o conceito de trauma e de acontecimento traumático, abordando as questões relativas ao diagnóstico clínico de

PTSD, aos seus efeitos cognitivos e comportamentais, à sua evolução e prognóstico. Descrevemos a evolução histórica do reconhecimento da PTSD e os principais modelos teóricos explicativos da perturbação. Destacamos os factores de risco e de protecção identificados na literatura e referimos ainda dados sobre a prevalência a nível nacional e internacional.

No capítulo II, começamos por apresentar um enquadramento sobre o conceito de Traumatização Secundária, distinguindo-o de outros conceitos como Traumatização Vicariante e *Burnout*.²

Recorremos ao contributo dos modelos de stress e crise familiar na compreensão do modo como as famílias percebem, avaliam e gerem as situações de stress e apresentamos, os modelos explicativos da transmissão do trauma, focalizando-nos no modelo descrito por Figley (1988). Identificamos a distinção entre PTSD e Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) e abordamos o impacto da PTSD na família, nomeadamente nas esposas e nos filhos, fazendo referência aos estudos empíricos nesta área.

No capítulo III concretizamos as questões relacionadas com a traumatização primária e secundária e descrevemos a sintomatologia comórbida, mais frequentemente associada à PTSD, como a depressão e a ansiedade. Por fim, apresentamos o nosso problema de investigação, com a formulação das hipóteses delineadas para este estudo.

Na segunda parte do presente estudo descrevemos a investigação que desenvolvemos. No capítulo IV identificamos os objectivos e mencionamos o método utilizado, caracterizando a amostra que integrou este estudo, nas suas variáveis sócio-

² Optámos por manter a palavra na sua língua original, dado que é assim que o termo surge na revisão da literatura.

demográficas, e descrevendo os instrumentos que utilizámos e o procedimento de recolha de dados.

Na terceira parte, no capítulo V, apresentamos os resultados obtidos, descrevendo a incidência de sintomatologia traumática, de depressão e de ansiedade nos ex-combatentes, nas suas esposas e nos filhos. É apresentada uma caracterização sobre a vivência de diversos acontecimentos traumáticos experienciados pelas esposas e pelos filhos dos ex-combatentes, e uma descrição dos resultados do teste das nossas hipóteses de investigação.

Por fim, nos capítulos VI e VII, procedemos à discussão dos resultados encontrados na nossa amostra e às conclusões deste estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – Stress de Guerra: PTSD

Conceito de Trauma e de Acontecimento Traumático

O termo trauma provém do étimo grego que significa “ferida, choque contra o sistema”. Surge definido no dicionário como “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, p.601), “resultado de um acontecimento doloroso, físico ou mental, causando imediatamente dano ao corpo ou choque à mente” (Corsini, 1999, p.1019).

Por sua vez, a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) define actualmente o conceito de trauma como “(...) a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (p. 463).

Em 1987, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III-R) o acontecimento traumático foi caracterizado como um evento que ultrapassa a experiência humana normal. Posteriormente, ao verificar-se que os episódios de ameaça à vida não são uma experiência rara procedeu-se à exclusão do critério de raridade na definição de trauma. Segundo a revisão do manual (DSM-IV-TR, 2002), os acontecimentos traumáticos compreendem eventos como combates em guerra, assaltos pessoais violentos (ataque sexual, ataque físico, roubo, estrangulamento), ser raptado, ser refém, ataque terrorista, tortura, ser prisioneiro de guerra ou de campos de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes graves de

automóvel e diagnóstico de doença ameaçadora de vida. Alguns autores como Moore (citado por Vaz Serra, 2003) incluem também os abortos, fracturas ósseas, intervenções cirúrgicas, grandes perdas, ataques de animais, overdoses, quase afogamentos, maus-tratos e intimidação.

Os acontecimentos traumáticos distinguem-se dos restantes pela sua gravidade, pela ameaça que representam para a vida e segurança de uma pessoa e pelas consequências psicológicas que podem provocar a longo prazo. Após estas experiências extremas a pessoa costuma sentir que não tem aptidões nem recursos pessoais e/ou sociais para fazer face às exigências estabelecidas pela situação, desenvolvendo a percepção de não ter controlo sobre os acontecimentos (Vaz Serra, 2003).

De acordo com Vaz Serra (2003), são várias as características descritas na literatura que definem e distinguem um acontecimento traumático de outras situações de stress, como: diminui o equilíbrio da vítima, deixando-a em sofrimento; altera o sentimento de segurança e auto-suficiência das pessoas e a sua susceptibilidade de ligação aos outros; aniquila os mecanismos de adaptação; questiona os pressupostos básicos de vida; questiona pressupostos como a justiça e a previsibilidade; altera a experiência emocional, cognitiva e o comportamento de qualquer pessoa; confronta a pessoa com a sua vulnerabilidade e altera-lhe a concepção que tem do mundo como um lugar seguro; retira-lhe o sentido de predictabilidade e de controlabilidade das ocorrências e; empobrece-lhe a auto-estima.

Com efeito, o autor acrescenta que o trauma é tanto mais grave quanto mais se verifica que: é determinado por outro ser humano com crueldade intencional (pode levar a desejo interno de vingança e reparação do dano); é imprevisível e incontrolável (aumenta o desespero da pessoa e a intensidade do stress); é de duração prolongada (exposição a traumas múltiplos e sucessivos); decorre na infância (pode ter repercussões

negativas no futuro da vítima) e; é multifacetado (vítima de várias situações traumáticas).

É comum, após a vivência de um acontecimento traumático, ocorrerem sintomas como medo e ansiedade, reexperiência do trauma, hiper-estimulação, comportamentos de evitamento, anestesia emocional, culpa e vergonha, depressão, alterações da imagem de si próprio e do mundo, compromisso das relações interpessoais e abuso de álcool ou de outras substâncias (Riggs & Foa, 2004). Neste sentido, tipicamente, uma pessoa pode apresentar dois grandes tipos de reacção à experiência traumática: Perturbação Aguda de Stress (PAS), que se inicia algumas horas após o acontecimento traumático e tem curta duração (duração mínima de dois dias e máxima de quatro semanas), e Perturbação Pós-Stress Traumática (PTSD)³, que consiste numa reacção mais grave e persistente.

Diagnóstico, Efeitos e Prevalência

De acordo com os sistemas de classificação das perturbações mentais (CID-10, 1993; DSM-IV-TR, 2002), o diagnóstico de PTSD envolve necessariamente a exposição a um acontecimento traumático e três grandes grupos de sintomas, que se caracterizam por sintomatologia de reexperiência do acontecimento traumático (pensamentos e imagens intrusivos; sonhos recorrentes; sofrimento psicológico durante situações que se assemelhem ao trauma; sentir ou agir como se o trauma estivesse a acontecer de novo- inclui ilusões, alucinações, flashback dissociativo), embotamento

³ PTSD é a sigla utilizada em inglês para designar *Post-Traumatic Stress Disorder*.

afectivo/evitamento dos estímulos associados ao trauma (evitar pensamentos, sentimentos e situações associados ao trauma; amnésia psicogénica; diminuição do interesse em actividades significativas; sensação de afastamento e estranheza em relação aos outros; afecto restringido/embotamento emocional; visão encurtada do futuro) e activação neurovegetativa (perturbação do sono; irritabilidade ou acessos de cólera; dificuldades de concentração; hipervigilância; resposta de alarme exagerada; reacções físicas perante estímulos que lembram o trauma). Nalguns indivíduos também podem ocorrer sentimentos de culpa (culpa do sobrevivente), ideias homicidas (muitas vezes associadas ao agressor), alucinações auditivas e ideação paranóide (casos mais graves e crónicos), queixas somáticas, perda de crenças anteriormente mantidas e alteração nas características prévias da personalidade (DSM-IV-TR, 2002). Em alguns casos pode ainda verificar-se uma alteração permanente da personalidade (CID-10, 1993).

A duração dos sintomas pode ser de menos de três meses (forma aguda), superior a três meses (forma crónica) ou o seu início pode suceder-se após seis meses da ocorrência do acontecimento traumático (início tardio ou retardado) (DSM-IV-TR, 2002). Alarcon, Deering, Glover, Ready, e Eddleman (1997), após uma revisão da literatura e considerando a realidade clínica, mencionam que existem seis sub-tipos de manifestações de PTSD: depressiva, dissociativa, somatomórfico, psicoticomórfico, organicomórfico e com manifestações neuróticas.

Alguns investigadores, como Blanchard e Hickling (1997), têm vindo igualmente a alertar para a importância da PTSD parcial, em que os indivíduos traumatizados não apresentam os sintomas necessários para o preenchimento completo dos critérios de diagnóstico de PTSD, mas encontram-se afectados de forma significativa no seu funcionamento quotidiano. Segundo Kessler (2000), os indivíduos com PTSD têm uma

probabilidade 40% mais elevada de fracassarem nos estudos superiores, 60% de terem um casamento instável e 150% de se manterem desempregados.

Encontramos inúmeros efeitos, descritos na literatura, associados ao trauma. Como reforçam Lipschitz, Rasmusson e Southwick (1998, citado por Neller, Denney, Pietz & Thomlinson, 2005) as crianças, em particular, têm um risco aumentado de sofrerem os efeitos do trauma, pela capacidade deste afectar um desenvolvimento normal.

A título ilustrativo, Neller et al. (2005) referem diversos efeitos cognitivos e comportamentais associados à vivência do trauma, incluindo: padrões cognitivos distorcidos ou disfuncionais; ansiedade; comportamentos internalizados; hostilidade; desconfiança e dificuldades de intimidade; competências verbais pobres; dificuldade em perceber correctamente as reacções emocionais dos outros; enviesamento na atribuição da hostilidade; baixos níveis de competência social; rejeição dos pares; comportamentos de risco; aumento do risco de cometer homicídio; problemas de personalidade e; dificuldades de orientação futura. No que se refere às consequências afectivas, os autores incluem: dificuldades de regulação emocional e no controlo dos impulsos; dificuldade em reconhecer e exprimir estados emocionais; dificuldade em moderar a zanga/cólera; reacção de percepção de perigo aumentada e; sinais severos de depressão⁴ (p. 152). Lipschitz et al. (1998, citados por Neller et al., 2005) acrescentam que muitos destes efeitos parecem ter subjacente uma base fisiológica, principalmente quando o trauma ocorre durante um período crítico do desenvolvimento cerebral.

⁴ O comportamento internalizado como a depressão, a ideacção suicida e a ansiedade são reacções comuns entre as mulheres, enquanto os homens têm mais tendência a desenvolver um comportamento externalizado como a delinquência, a agressão e o consumo de substâncias (O'Keefe, 1997, citado por Neller et al., 2005).

As estatísticas sobre a prevalência, a nível mundial, são ainda escassas. As prevalências encontradas ao longo da vida de PTSD variam entre os 7.8% e 12.3%, valores que alternam consoante os autores e os tipos de situação traumática (Kessler, 2000). Numa revisão da literatura, Lee e Young (2001), mencionam que a exposição a acontecimentos traumáticos, ao longo da vida varia entre 25.2 e 92.2% nos homens e 17.7 e 87.1% nas mulheres.

Estudos epidemiológicos indicam que uma grande maioria da população americana já esteve exposta a acontecimentos traumáticos (60.7%), no entanto, só uma pequena minoria desenvolveu PTSD (8.2% homens e 20.4% mulheres) (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). O estudo de Kessler et al. (1995) também revela que 56.3% dos homens e 48.6% das mulheres já foram vítimas de pelo menos dois eventos traumáticos. Na população portuguesa, Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) apuraram que a taxa de prevalência ao longo da vida de PTSD era de 7.87%, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino (4.8%) e o sexo feminino (11.4%). Os autores verificaram ainda que 75% das pessoas já tinha estado exposta a pelo menos um acontecimento traumático ao longo da vida e que 43.5% a mais do que um.

Recentemente, os investigadores têm procurado avaliar o impacto psicológico associado a uma diversidade de acontecimentos traumáticos como a violação, as catástrofes naturais, os acidentes rodoviários severos, o abuso infantil, a violência doméstica e o aprisionamento político (Riggs & Foa, 2004). A investigação tem demonstrado, por um lado, que alguns eventos como a violação e a guerra geram mais problemas psicológicos a longo prazo, pois constituem traumas interpessoais (com intenção humana) e, por outro lado, que os traumas que atingem comunidades inteiras,

como as catástrofes naturais, as guerras e os ataques terroristas (*e.g.* 11 de Setembro de 2001 nos EUA e o 11 de Março de 2004 em Espanha) provocam menos problemas crónicos (Riggs & Foa, 2004). Iruarrizaga, Tobal, Vindel e Ordi (2004), citam Galea, Nandi e Vlahov (no prelo), os quais após uma extensa revisão da literatura verificaram que a maior prevalência de PTSD se encontra entre as vítimas e sobreviventes de acontecimentos traumáticos provocados por outros seres humanos (entre 25 a 75%), diminuindo consideravelmente quando se trata de desastres naturais (5-60%).

No que concerne à PTSD de guerra, Schlenger et al. (1992, citado por Lapierre, Schwegler & LaBauve, 2007), mencionam que aproximadamente 30% dos veteranos da Guerra do Vietname manifestam sintomas psicológicos relacionados com a sua vivência da guerra ao longo da vida. Estudos mais recentes, com soldados americanos (Wolfe, Erickson, Sharkansy, King & King, 1999; Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman, 2004) referem prevalências entre os 8-16% nos indivíduos que combateram na Guerra do Golfo, 11% nos que estiveram no Afeganistão e 15-17% nos que estiveram no Iraque. Nos ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial, Albuquerque et al. (2003) encontraram uma prevalência ao longo da vida de 0.8%, o que corresponde a cerca de 66 475 casos, verificando que 0.7% dos indivíduos apresentavam PTSD aquando da realização do estudo.

Evolução, Prognóstico e Diagnóstico Diferencial

Os sintomas de PTSD começam habitualmente dentro dos primeiros três meses a seguir ao acontecimento traumático. Muitas das pessoas recuperam em algumas semanas ou meses, em que a sintomatologia pode remitir na totalidade ou parcialmente.

Numa investigação conduzida por Kulka e colaboradores (1990, citado por Blanchard & Hickling, 1997), os autores verificaram que 20 anos após a exposição a situações de guerra a PTSD havia remitido em 50%. Contudo, num subgrupo significativo os sintomas podem persistir durante anos. Van der Kolk (2000), menciona que nas formas crónicas de PTSD, o evitamento e a sintomatologia de hiperactivação fisiológica podem tornar-se nos sintomas dominantes. Pode ainda existir um período de alguns meses ou anos antes de aparecerem os sintomas e a sua reactivação pode surgir devido a stressores de vida ou a novos eventos traumáticos.

A evolução da PTSD pode ocorrer em qualquer idade. As manifestações nas crianças diferem um pouco das que se verificam num adulto. A seguir ao trauma a criança pode apresentar-se perturbada, chorosa, aterrorizada e em choque, necessitando de protecção, de segurança e de estar com a família. Após a vivência traumática pode observar-se repetição do passado através de brincadeiras repetidas e de desenhos, comportamentos regressivos, sentimento de que não chegará a ser adulto, sonhos perturbadores com o trauma (em algumas semanas podem mudar para pesadelos com monstros, acerca da salvação de si ou dos outros), sintomas físicos como dores de barriga ou de cabeça, medos frequentes, ansiedade de separação, dificuldade de falar no trauma (os pais também não falam), mudanças cognitivas (concentração, dismnésias), depressão com tentativa de suicídio (mais frequente nos adolescentes), perturbação de ansiedade/pânico, luto patológico e flashbacks (apesar de serem pouco frequentes).

A criança pode ter dificuldade em descrever a diminuição do interesse em actividades significativas e o embotamento do afecto mas podemos avaliar esses sintomas através da diminuição dos comportamentos de brincar, socializar ou aptidões aprendidas (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo a APA (2002), os acontecimentos traumáticos de tipo sexual podem incluir experiências sexuais inapropriadas ao nível de desenvolvimento, sem violência ou ferimento real ou ameaçado. Relativamente ao adulto, a criança sofre mais mas recupera mais depressa, sendo que as crianças mais novas (menos de quatro anos) estão mais protegidas, por não compreenderem totalmente a ameaça, a sua causalidade e a noção de morte.

Segundo Ballenger et al. (2000), a PTSD torna-se com frequência uma situação crónica e recorrente, com tendência para a recuperação espontânea. Efectivamente, a maior parte dos estudos apresenta a PTSD como uma perturbação crónica (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998; Davidson et al., 1991, citado por Jolly, 2003). Os sintomas podem flutuar ao longo do tempo tornando-se mais intensos perante situações de vida stressantes.

Kaplan e Sadock (1998) mencionam que o prognóstico é bom quando se verifica um começo rápido e uma duração curta de sintomas (menor a 6 meses), existe um bom funcionamento pré-mórbido, existe apoio social e há ausência de doenças psiquiátricas/médicas e de abuso de drogas. A este respeito, Jolly (2003) refere que a PTSD derivada de experiências de combate nos homens e de agressão física nas mulheres apresenta taxas de recuperação mais lentas. A CID-10 (1993) menciona factores predisponentes como os traços de personalidade, rede de suporte social, história familiar, experiências na infância ou história prévia de perturbações mentais, que podem baixar o limiar para o desenvolvimento de PTSD ou afectar o seu curso.

No que respeita ao diagnóstico diferencial, é de referir que na Perturbação Aguda de Stress o padrão de sintomas, apesar de idêntico, ocorre nas quatro semanas seguintes ao acontecimento traumático e desaparece no mesmo período, na Perturbação de

Adaptação o agente stressor pode ter qualquer tipo de intensidade⁵ e na Perturbação Obsessivo-Compulsiva os pensamentos intrusivos recorrentes não estão relacionados com o evento traumático (DSM-IV-TR, 2002).

PTSD Com Início Dilatado

Tanto a DSM-IV-TR (1994) como a CID-10 (1993) referem que um acontecimento para ser traumático deve ser considerado de gravidade extrema. A este propósito, Vaz Serra (2003) relembra que o julgamento de gravidade extrema é feito em função da avaliação, significado e impacto que determina na pessoa e não em função do tipo de acontecimento em si.

A avaliação da patologia traumática foca-se em três áreas: a exposição ao acontecimento traumático, os sintomas relatados depois do trauma e o estabelecimento de causalidade entre a vivência desse acontecimento e o aparecimento consequente de sintomatologia significativa e incapacitante. Esta última área de avaliação é particularmente difícil, no que respeita às situações de PTSD crónica, em que o trauma ocorreu há vários anos ou décadas e em que pode existir a exposição a mais do que um acontecimento traumático, como é o caso da exposição a um teatro de guerra.

Existem muitas incertezas e controvérsias inerentes à conceptualização de PTSD com início dilatado. Alguns autores duvidam da legitimidade desta forma de PTSD ou levantam a questão se a PTSD tardia representará uma perturbação latente (Pomerantz, 1991, citado por Holen, 2000). Estudos com população civil revelam poucos casos de

⁵ Na PTSD o agente stressor tem de ser de natureza extrema e ameaçadora para a vida do sujeito.

PTSD tardia, enquanto que, no caso dos veteranos de guerra é relatada a ocorrência de 10-25% desta forma de PTSD (Holen, 2000).

Muitos dos estudos longitudinais (McNally, 2003) têm demonstrado que o estado clínico dos indivíduos afecta a memória do acontecimento traumático, isto é, a severidade dos sintomas de PTSD pode afectar a memória do trauma ao longo do tempo, pois esta não é imune a alterações. Southwick et al. (1997, citado por McNally, 2003) concluíram que os veteranos da Guerra do Golfo com elevados índices de PTSD tendiam a amplificar a sua memória traumática. A este propósito, um dos problemas que tem vindo a ser considerado, é a possibilidade de exagero da sintomatologia nos veteranos do Vietname para obterem o diagnóstico de PTSD, com o objectivo de adquirirem uma compensação financeira do Estado pela sua doença. Por seu turno, Burkett e Whitley (1998, citado por McNally, 2003) constataram que indivíduos, supostos veteranos de guerra, nunca tinham sido combatentes, pelo que os autores estimam que cerca de 75% dos indivíduos que recebem compensação financeira do Estado são fraudes. Estas questões colocam em causa a veracidade dos estudos com este tipo de população.

Curiosamente, têm surgido ainda estudos que descrevem a existência de indivíduos com sintomatologia compatível com o quadro de PTSD, que não estiveram expostos a acontecimentos traumáticos mas que se identificaram com as vítimas (Scott & Stradling, 1994; Dixon, Rehling & Shiwach, 1993; Smith, North, McCool & Shea, 1990, citado por Vaz Serra, 2003).

A Emergência da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)

As reacções psicológicas a um acontecimento traumático têm sido reconhecidas há centenas de anos na literatura, e na área da Psiquiatria especialmente nos últimos cem anos (Riggs & Foa, 2004).

Termos como “*Stress Syndrom*” (séc. XIX), “Sindroma do coração irritável” e do “coração exausto” (guerra civil americana), “*Shell Shock*”, “neurose de guerra” e “fadiga de combate” (I Guerra Mundial) reflectem as reacções psicológicas, descritas ao longo dos anos na literatura, associadas à vivência da guerra (Crocq, 2000).

Nos anos 80 a investigação sobre as perturbações de ansiedade aumentou drasticamente. A investigação sobre a PTSD tem sido notável na produção de contributos para o estudo da doença, no entanto, também tem gerado imensas controvérsias.

Em 1952, quando surgiu o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) da APA, figurava o termo “reacção ao stress excessivo”, como resposta a um trauma grave, que aparecia normalmente numa personalidade normal e tinha tendência a desaparecer. Na DSM-II, de 1968, o termo foi excluído, permanecendo apenas a designação de “reacções de ajustamento” (Vaz Serra, 2003). Contudo, esta visão modificou-se com a guerra do Vietname em que se verificou que os ex-combatentes continuavam a apresentar sintomas severos de stress após terem regressado da guerra ou desenvolviam sintomas tardiamente, após meses ou anos (Scoat 1990, citado por McNally, 2003). Em 1980, surge então pela primeira vez, no DSM-III, a categoria de diagnóstico “*Post-Traumatic Stress Disorder*”, classificada como uma perturbação de

ansiedade, definindo que “(...) a principal característica é o desenvolvimento de sintomas típicos após ter sido exposto a uma situação considerada psicologicamente traumática (...)”; mais tarde, na revisão de 1987 (DSM-III-R), acrescenta-se que as situações traumáticas vão para além da experiência humana normal.

Em 1992, surge igualmente a categoria de diagnóstico na Classificação Nacional de Transtornos Mentais e do Comportamento (CID-10) da Organização Mundial de Saúde. Entretanto, o DSM-IV, em 1994, acrescenta à definição anterior que a situação traumática evoca “medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror” e numa revisão do manual (DSM-IV-TR, 2002), começa-se também a contemplar outras situações traumáticas como “observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca da morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (p. 463).

Esta nova definição acaba por acarretar uma dificuldade ao nível do suporte conceptual da PTSD, uma vez que se torna difícil identificar mecanismos psicobiológicos comuns subjacente à expressão sintomática, tendo em consideração que, por um lado, existem diversos eventos que podem causar PTSD, por outro lado, a exposição secundária é qualitativamente diferente da vivência directa de um acontecimento traumático, e por outro lado ainda, as consequências serão diferentes consoante o número de situações traumáticas vivenciadas (trauma único vs. múltiplo)⁶ (McNally, 2003).

⁶ Por exemplo, há diferenças entre o abuso sexual infantil (repetido) ou uma guerra (vivência de stressores múltiplos) e um único acidente de viação. Herman (1992), propõe uma nova categoria para designar o trauma múltiplo: *Disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS).

Conceptualização Teórica

Tal como referem Marques Pinto, Gonçalves e Lima (no prelo), uma revisão dos principais modelos conceptuais da PTSD reflecte a evolução do conceito ao longo dos tempos, com início na abordagem comportamental, passando pela perspectiva cognitivista até aos modelos integradores actuais, que defendem uma visão interaccionista e construtivista da adaptação e da psicopatologia (p. 7).

Keane, Zimering e Caddel (1985, citado por Gouveia & Sacadura, 2003), apresentam-nos um modelo comportamental para a explicação da PTSD baseado na teoria dos dois factores. De acordo com este modelo, qualquer estímulo neutro presente durante a ocorrência do acontecimento traumático pode (por condicionamento clássico) evocar uma resposta condicionada similar à resposta associada ao trauma. Por generalização do estímulo e condicionamentos de ordem superior, estímulos adicionais podem igualmente provocar o mesmo tipo de resposta. O evitamento é aprendido como forma de fuga ou como prevenção de resposta condicionada, que se mantém por reforço negativo (condicionamento operante) e por isso é resistente à extinção. O modelo do condicionamento defende assim que os acontecimentos traumáticos causam PTSD através da produção de elevados níveis de medo nas vítimas. No entanto, como refere McNally (2003) esses acontecimentos também podem traumatizar tendo por base a culpa e a vergonha, pelo que este modelo, que reduz o trauma a uma base biológica, se revela limitado na explicação da PTSD.

Verificou-se que a prática de atrocidades durante a guerra (ou a exposição passiva a esses acontecimentos), entre os veteranos do Vietname, constituía um preditor de

severidade da PTSD (Beckham et al. 1998, Yehuda et al. 1992, citado por McNally, 2003), uma vez que estas acções violavam o código moral dos indivíduos. Resultados como este sugerem a importância de incluir na conceptualização da PTSD elementos de ordem simbólica e apelam para outro tipo modelos explicativos.

O modelo de Horowitz (1976, citado por Gouveia & Sacadura, 2003) é o modelo cognitivista mais influente nos estudos de investigação sobre a fenomenologia da PTSD que conduziram aos critérios de diagnóstico da perturbação pela APA. Recorrendo às teorias do processamento de informação e das teorias cognitivas da emoção, o modelo defende que o ajustamento a um acontecimento traumático requer a sua incorporação em esquemas cognitivos preexistentes ou o desenvolvimento de novos esquemas. Neste sentido, o trauma mantém-se em memória activa até esse processo acontecer e um controlo excessivo (evitamento) pode impedir um processamento cognitivo completo do acontecimento.

Foa et al. (Foa e Kozak, 1986; Foa e Rigs, 1993; Foa, Steketee e Rothbaum, 1989, citado por Gouveia & Sacadura, 2003) baseiam-se na teoria das emoções de Lang e apresentam-nos uma abordagem centrada no processamento emocional do trauma. De acordo com este modelo, o acontecimento traumático origina a formação de uma rede de medo complexa na memória a longo prazo, contendo informação acerca dos estímulos relacionados com o trauma, acerca das reacções cognitivas, fisiológicas e comportamentais e acerca de estímulos e respostas. Esta rede é facilmente activada, devido a interligações criadas por condicionamento e generalização. A sua activação leva a que essa informação se torne consciente (sintomas de intrusão) e as tentativas de evitar a activação da rede explicam o aparecimento dos sintomas de evitamento da PTSD. Revivendo o evento é possível compreender o seu significado e assimilar a

informação contida na rede de medo nas estruturas de medo pré-existent, diminuindo consequentemente os sintomas.

A PTSD é classificada como uma perturbação de ansiedade e nos modelos cognitivistas a ansiedade é o resultado da avaliação de perigo iminente. Contudo, a PTSD é a perturbação em que o problema é precisamente a memória de um acontecimento que já ocorreu.

Nesta linha, Ehlers e Clark (2000) propõem um modelo cognitivo explicativo do desenvolvimento e persistência da PTSD, incorporando muitos dos aspectos das teorias anteriores. Os autores sugerem que os sintomas persistem quando o indivíduo percebe o trauma como uma ameaça séria e actual. Esta sensação de ameaça ocorre como consequência da excessiva avaliação negativa do trauma e das suas sequelas, bem como da perturbação da memória autobiográfica, caracterizada por uma elaboração pobre e contextualização, e por uma forte memória associativa e uma forte percepção inicial. Uma vez activada, a percepção de perigo iminente é acompanhada de intrusões e de outros sintomas de reexperiência, sintomas de estimulação, ansiedade e outras respostas emocionais. Esta percepção motiva uma série de respostas cognitivas e comportamentais com a intenção de reduzir a ameaça percebida e o distress sentido a curto prazo, impedindo deste modo a modificação cognitiva e verificando-se consequentemente a manutenção da perturbação. O modelo é bastante consistente com muitas das características clínicas da PTSD e providência guias de tratamento, numa abordagem cognitivo-comportamental. Estudos recentes têm encontrado suporte preliminar para muitos dos aspectos do presente modelo.

Com efeito, Marques Pinto et al. (no prelo) reforçam que “este modelo apresenta uma boa integração de vários processos cognitivos, emocionais e de coping na

explicação da PTSD, aproximando-se assim da perspectiva defendida pelo modelo de avaliação cognitiva, stress e coping de Lazarus e Folkman (1984) e pela proposta de conceptualização da PTSD feita por Lazarus (1999) (...)” (p. 12).

De acordo com o modelo transaccional de avaliação cognitiva, stress e coping de Lazarus e Folkman (1984), após um indivíduo perceber e avaliar uma situação como sendo ameaçadora vai desencadear um conjunto de estratégias de adaptação para enfrentá-la (coping). Assim, o stress psicológico resulta de uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, avaliada pelo indivíduo como excedendo os seus recursos de coping e como sendo prejudicial ao seu bem-estar.

Neste contexto, Lazarus (1999) apresenta-nos uma conceptualização da PTSD assente em três pressupostos centrais. O primeiro remete-nos para a noção de que a PTSD depende da relação transaccional entre pessoa e situação traumática, em que intervêm as características do evento traumático, do indivíduo exposto ao trauma e do meio ambiente onde está inserido. O segundo pressuposto refere-se à ideia de que a PTSD depende dos significados atribuídos à situação e das emoções que são construídas a partir desses significados, com repercussões ao nível do processo de adaptação ou do desenvolvimento da perturbação. Sendo o desenvolvimento desta perturbação uma resposta a um trauma que se associa a um padrão complexo de respostas emocionais (Lazarus, 1999) explica-se a frequência de sintomatologia comórbida, como é o caso das perturbações do humor, da ansiedade e das alterações da personalidade. A última asserção da conceptualização da PTSD proposta por Lazarus (1999) assenta no papel do coping, como um elemento fundamental na determinação da reacção à PTSD e na sua gravidade clínica.

O conceito de Coping é definido como “uma forma de resolução de um problema por força do qual o bem-estar do indivíduo está em perigo e a pessoa não pode recorrer às aptidões e opções de rotina existentes” (Lazarus, 1981, citado por Monteiro-Ferreira, 2003, p.55). Quando uma situação é percebida como causadora de stress, o indivíduo procura fazer algo para a dominar, controlando as suas reacções emocionais à mesma. Assim, o coping é um processo transaccional que envolve cognições e comportamentos, que estão orientados para a situação (centrado no problema) ou para a regulação das emoções (Lazarus & Folkman, 1984). A importância dos processos de coping para a compreensão do desenvolvimento e manutenção da PTSD, tem sido sustentada pela investigação (Street, Gibson & Holohan, 2005; Haisch e Meyers, 2004; Gonçalves et al., 2005, 2006; citados por Marques Pinto et al., no prelo).

Factores de Risco e Protectores

Considera-se genericamente que um indivíduo tem risco ou apresenta vulnerabilidade para manifestar determinada patologia se a propensão que tem para desenvolver sintomas que se enquadram nos critérios de diagnóstico dessa doença é maior do que a da população em geral (Fields, 1996).

Embora a maioria das pessoas da população em geral se confronte com um ou mais acontecimentos traumáticos ao longo da sua vida, os estudos epidemiológicos têm revelado que apenas uma pequena minoria desenvolve posteriormente PTSD. Este dado leva-nos a questionar porque é que algumas pessoas apresentam maior risco do que outras. Os factores de risco para o desenvolvimento de PTSD, identificados na literatura, remetem-nos para factores sócio-demográficos, para as características da

situação traumática, do indivíduo exposto ao trauma e do meio ambiente onde está inserido durante a fase da sua recuperação (Riggs & Foa, 2004).

Estudos com vítimas de violação (Burgess & Holmstrom, 1978; Cohen & Roth, 1987, citado por Vaz Serra, 2003) têm demonstrado que as pessoas com menos recursos económicos e com um estatuto sócio-económico mais baixo apresentam mais sintomas de PTSD. Keane et al. (1998), verificaram numa amostra de ex-combatentes do Vietname que os que desenvolveram PTSD tinham menos instrução do que os veteranos sem PTSD. No entanto, Resick (2000), defende que as diferenças sócio-económicas e de educação que se encontram na relação com a PTSD, se devem mais a factores indirectos do que directos, pois as pessoas com menores vencimentos e com menos instrução têm mais probabilidade de estarem expostas a acontecimentos traumáticos (vivem em ambientes mais degradados) e não têm acesso a tantos recursos.

Quanto ao género, têm-se verificado que, apesar dos homens estarem mais expostos a eventos traumáticos ao longo da vida, as mulheres revelam uma predisposição duas vezes mais elevada para desenvolverem PTSD (Vaz Serra, 2003). Breslau, Davis, Andreski, Peterson e Schultz (1997) mencionam que esta diferença se deve à idade e ao tipo de trauma vivenciado por ambos os géneros. As mulheres estão mais expostas a violações, abuso sexual, negligência por parte dos pais e abuso físico na infância, situações traumáticas que ocorrem muitas vezes antes dos 15 anos. Os homens estão mais expostos a acontecimentos relacionados com agressões físicas, experiência de combate, ameaças com arma, cativeiro ou rapto (Vaz Serra, 2003). Contrariamente, Brewin, Andrews e Valentine (2000), após uma meta-análise de 77 artigos, observaram que as diferenças ao nível do género não são significativas com as amostras de veteranos de guerra, uma vez que os estudos têm demonstrado que os militares mais

novos têm maior risco de desenvolver PTSD. Os autores acrescentam que na população em geral a idade não se tem revelado significativa.

Relativamente aos factores relacionados com a pessoa, Vaz Serra (2003) salienta o pertencer ao sexo feminino, a vivência de uma acontecimento grave e de grandes dimensões, vivência de acontecimentos traumáticos na infância, famílias instáveis durante a infância, perturbação de humor ou de ansiedade prévia, história familiar de patologia, inadequação do apoio social, influência de factores genéticos e problemas ao nível da personalidade. No que concerne a este último aspecto, o autor cita dois estudos (Helzer, Robins & McEnvoy, 1987; Davidson, Kudler & Smith, 1987) onde se observou, por um lado, que a presença de um comportamento anti-social antes dos 15 anos era preditivo de PTSD nos ex-combatentes do Vietname, e por outro lado, que os ex-combatentes com PTSD, que tinham combatido na II Guerra Mundial, na Coreia e no Vietname, tinham um grau de neuroticismo e de introversão mais elevado do que os ex-combatentes sem problemas psiquiátricos.

Entre os factores de risco incluem-se também os relacionados com a natureza e gravidade do acontecimento traumático (*e.g.* intensidade, proximidade e duração da exposição à situação traumática), com a sua percepção (*e.g.* ameaça à vida, medo extremo, percepção de incontrolabilidade e imprevisibilidade, intencionalidade da acção, o perpetrador ser uma pessoa conhecida e de confiança) e com os estilos de coping adoptados.

Fairbanks, Hansen e Fitterling (1991, citado por Campos, Páez & Velasco, 2004), num estudo com veteranos com PTSD, apuraram que estes recorriam mais ao isolamento e à auto-culpabilização, sugerindo que esta última estratégia de coping é um factor de risco e um efeito das memórias traumáticas intensas. Num estudo com vítimas

do 11 de Setembro, Silver, Holman, McIntosh, Poulin e Gil-Rivas (2002, citado por Campos et al., 2004) verificaram que as estratégias de coping directo e de aceitação são mais adaptativas, enquanto que as estratégias de procura de apoio emocional, de negação, de evitamento e de auto-crítica surgem associadas a maiores níveis de mal-estar e a sintomas de PTSD seis meses após o atentado. Num estudo longitudinal, com as vítimas do 11 de Março em Madrid, Campos et al. (2004) observaram igualmente que o coping directo, a procura de apoio informativo e de apoio emocional e a expressão emocional aumentam a afectividade positiva, a auto-estima, o controlo e o ajustamento social.

Vaz Serra (2003) acrescenta ainda alguns factores que influenciam o impacto de um acontecimento traumático, como as perdas reais (*e.g.* morte de camaradas) e simbólicas de grande valor (*e.g.* perda da honra e do sentimento de continuidade da vida), a presença de cenas grotescas que determinam o horror (*e.g.* ver corpos desmembrados), a ocorrência de situações médicas irreversíveis que alteram de forma radical a vida da pessoa (*e.g.* ficar cego ou paraplégico) e a fase de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra (a maior parte dos ex-combatentes quando foram para a Guerra Colonial eram jovens com idades compreendidas entre os 20-21 anos).

Everstine e Everstine (1993, citado por Valentine, 2003) mencionam outras variáveis que colocam as pessoas em risco de desenvolver PTSD como: o facto do acontecimento traumático ter alterado o papel desempenhado pelo indivíduo; o acontecimento traumático ter ocorrido num local considerado seguro; a sobrevivência à situação ser considerada como fonte de orgulho ou humilhação (culpa do sobrevivente) e; ter sofrido um trauma ou condição psicológica anterior que potenciase o efeito do trauma actual. Outros factores como sinais neurológicos ligeiros têm sido identificados,

bem como a ocorrência de dissociação peri-traumática, ou seja, sentimentos de desrealização e despersonalização durante a vivência do trauma, que por sua vez tem sido referida como preditora da PTSD (McNally, 2003).

Relativamente aos factores de risco após a ocorrência do acontecimento traumático, destacam-se as atribuições causais feitas sobre a ocorrência (normalmente internas, globais e estáveis) e o ambiente encontrado após o regresso a casa (Vaz Serra, 2003).

Considerando os factores protectores do desenvolvimento de PTSD, Vaz Serra (2003) centra-se em dois aspectos: o apoio social e a resiliência do indivíduo.

O apoio social refere-se à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos elos afectivos estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebida a existência de um sistema de apoio. Segundo Hobfoll e Vaux (1993) o apoio social enquadra três constructos diferentes: os recursos da rede social, o comportamento de apoio e a avaliação subjectiva de apoio. O primeiro, relaciona-se com as relações sociais disponíveis em caso de necessidade de ajuda, oferecendo uma ligação estável a uma determinada rede social (família, amigos, colegas de trabalho e conhecidos). Assim, as pessoas que pertencem ou têm a percepção de pertencer a uma rede social forte, sentem menos o impacto das situações de stress e têm mais facilidade em obter apoio social de uma rede social. Contrariamente, os indivíduos com menos recursos sociais estão mais predispostos a perdas e procuram menos o apoio social (Vaz Serra, 2003).

O comportamento de apoio remete para a troca de recursos entre dois ou mais sujeitos, sendo que o dador (o que dá bens, serviços e orientações) procura promover o

bem-estar do receptor. Por sua vez, a avaliação subjectiva de apoio relaciona-se com o que a pessoa percebe e com o significado que ela atribui ao auxílio prestado. O seu bem-estar melhora quando acredita que tem apoio disponível se precisar.

Nos casos de PTSD, a vítima beneficia com quatro tipos de apoio social, nomeadamente apoio emocional, apoio informativo, apoio instrumental e apoio de convívio social (Vaz Serra, 2003). Keane (1985; citado por Vaz Serra, 2003) verificou em ex-combatentes do Vietname com PTSD que estes referiam um declínio progressivo do apoio social com o passar do tempo e Solomon et al. (1988, citados por Vaz Serra, 2003), observaram igualmente, numa amostra de soldados israelitas que combateram na Guerra do Líbano, que um apoio social pobre se associava ao desenvolvimento posterior de PTSD.

Shalev (1996) alerta também para a importância do treino das pessoas antes, durante e após os acontecimentos traumáticos, sendo este crucial para o processamento das informações e para o desenvolvimento de estratégias de coping mais eficazes, de modo a promover uma redução na incerteza, um aumento no controlo percebido e a preparação de respostas automáticas adequadas para lidar com a situação.

Na literatura, a personalidade recipiente tem surgido como um tipo de personalidade particularmente resistente ao stress. Williams (1999) apresenta-nos as características de resiliência, salientando que são factores de bom prognóstico, tais como: a flexibilidade, a aptidão para aprender com a experiência, a tolerância ao stress, a baixa tolerância para o comportamento violento, a coragem, a disciplina pessoal, a criatividade, a integridade de consciência, o sentido de humor, a filosofia de vida construtiva e o gosto em planear sonhos, inspirando a esperança. Num estudo, que ilustra o papel da resiliência como protectora da PTSD, realizado com 775 sujeitos

das forças armadas americanas, que tinham estado na Guerra do Golfo, Sutker, Davis, Uddo e Ditta (1995) apuraram que os que apresentavam um grau baixo de resiliência demonstravam um maior número de sintomas de PTSD.

A Realidade Portuguesa

Em Portugal realizou-se a primeira reunião científica sobre a PTSD em 1985, organizada pela Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) e em Outubro de 1995 realizou-se o 1º Encontro Nacional sobre Stress Traumático, pela Associação de Língua Portuguesa para o Estudo de Stress Traumático, entretanto criada.

A partir dos resultados dos estudos realizados nos Estados Unidos com veteranos do Vietname, foi estimado que cerca de 140 000 ex-combatentes da guerra colonial portuguesa sofrem de distúrbios psicológicos crónicos resultantes da sua vivência da guerra (Albuquerque, 1992). Neste contexto, Albuquerque e Lopes (1997) publicam um estudo pormenorizado de 120 ex-combatentes da guerra colonial, vítimas de PTSD crónico.

Num estudo mais recente, e a que aludimos anteriormente, Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) apresentam-nos o primeiro estudo epidemiológico sobre a taxa de ocorrência de PTSD ao longo da vida na população adulta portuguesa. Através de um design transversal, os autores procuraram avaliar quais as situações identificadas como causa de PTSD, a taxa de ocorrência de casos de PTSD presentes no momento do estudo, a taxa de ocorrência de PTSD em ex-combatentes e quais as variáveis sócio-demográficas dos indivíduos com PTSD, recorrendo a uma amostra representativa da

população portuguesa (2606 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e 99 anos, com idade média de 43 anos).

Os autores verificaram que 75% da amostra total (n de 2606) tinha estado exposta a pelo menos um acontecimento traumático ao longo da vida e que 43.5% a mais do que um. A violação (23.1%), o abuso sexual antes 18 anos (21.7%), a morte violenta de familiar ou amigo (12.3%) e o combate/guerra (10.9%) foram as situações traumáticas que causaram PTSD na amostra estudada. Os resultados encontrados indicaram ainda que a taxa de prevalência ao longo da vida de PTSD era de 7.87% (205 indivíduos diagnosticados com PTSD de n = 2606), que a taxa de ocorrência de PTSD na data do questionário era de 5.3% (139 indivíduos de n = 2606; 0.7% de guerra), que cerca de 68% dos sintomas encontravam-se presentes no momento do estudo e que havia uma diferença estatisticamente significativa entre sexos (4.8% masculino; 11.4% feminino). Ao nível das características dos indivíduos com PTSD, apuraram então que estes eram predominantemente do sexo feminino (67%), divorciados e viúvos, domésticas e desempregados (activos profissionalmente; não especializados = 7.2%), com o 1º ciclo incompleto e com média de idade de 48.38 anos (maior predominância de PTSD entre os 46-65).

Extrapolando os dados para a população portuguesa Albuquerque et al. (2003) verificaram que a PTSD ao longo da vida corresponderia a 653 945 casos (440 395 casos no momento do estudo) e que a PTSD de guerra ao longo da vida corresponderia a 66 475 casos (58 165 casos no momento do estudo), prevalência que foi inferior ao esperado, uma vez que, estiveram 800 000 homens expostos a situações traumáticas durante a Guerra Colonial Portuguesa de 1961 a 1975.

Tendo em conta os dados recolhidos, a prevalência de PTSD encontrada no nosso país é semelhante (globalmente e por sexo) à que é verificada noutros países desenvolvidos. Apesar de algumas das limitações do presente estudo, apontadas pelos próprios autores, não há a menor dúvida que, este constitui um grande contributo para a investigação portuguesa nesta área, que começou a dar os primeiros passos na última década

Capítulo II – Impacto da PTSD do ex-combatente na família: STSD

O conceito de Traumatização Secundária

Estudos sobre o stress traumático têm demonstrado que indivíduos que estão em contacto íntimo e frequente com vítimas de trauma podem começar a experienciar sintomas semelhantes (Figley, 1998; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995).

A ideia de que as pessoas que se relacionam com um sobrevivente de um trauma podem desenvolver sintomas semelhantes surgiu pela primeira vez na literatura com o artigo clássico de Sarah Haley (1974, citado por Matsakis, 1996), em que a autora descreve como ficou perturbada com o seu trabalho com os veteranos de guerra traumatizados. Com efeito, com a introdução do diagnóstico de PTSD no manual de *Diagnostic Statistical Mental*, em 1980, surge igualmente a consciência de que os efeitos do stress traumático podem ser transmitidos às pessoas que não estiveram directamente expostas a uma situação traumática. (Catherall, 2004, citado por Matsakis, 1996).

A traumatização indirecta tem sido estudada essencialmente em esposas e filhos de veteranos de guerra (Rosenheck & Nathan, 1985; Solomon et al., 1992; Arzi, Solomon & Dekel, 2000), cônjuges e filhos de sobreviventes do Holocausto (Sorscher & Cohen, 1997; Rowland-Klein & Dunlop, 1997; Baranowsky, Young, Douglas, Keeler & Mccarrey, 1998; Yehuda et al., 2001; Daud et al., 2005), equipas de emergência (Ordi, Tobal, Vindel & Iruarizaga, 2004) e terapeutas de indivíduos traumatizados (McCann & Pearlman, 1990). Ao longo dos anos tem sido descrita uma grande variedade de sintomas nestas populações, como tristeza, depressão, ansiedade, horror,

medo, zanga, vergonha, pensamentos e imagens intrusivas, pesadelos, evitamento e embotamento afectivo, mudanças nos esquemas cognitivos, problemas sociais, abuso de substâncias e problemas relacionais (Valent, 2002).

Este fenómeno tem sido descrito na literatura com recurso a vários conceitos como: Vitimização Secundária (Figley, 1982, citado por Figley, 1995b), Sobrevivente Secundário (Remer & Elliott, 1988, citado por Figley, 1995b), Burnout (Kahill, 1988), Traumatização Vicariante (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995), Stress Traumático Secundário, e mais recentemente Fadiga de Compaixão (Figley, 1998).

Embora exista alguma confusão na conceptualização de Traumatização Vicariante e Stress Traumático Secundário, alguns autores (Baird & Kracen, 2006; Deighton, Gurris & Traue, 2007) defendem que estes dois constructos representam fenómenos diferentes.

A Traumatização Vicariante resulta da exposição e do envolvimento empático dos terapeutas com as histórias traumáticas dos seus clientes, reflectindo-se em mudanças cognitivas, afectivas e relacionais. De acordo com a premissa básica da teoria construtivista do auto-desenvolvimento da traumatização vicariante (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995), os indivíduos têm esquemas cognitivos (pressupostos, crenças e emoções) que fundamentam as suas interacções com outras pessoas e que determinam o significado atribuído aos acontecimentos. Assim, a exposição às histórias traumáticas dos clientes, que se associa a ouvir a descrição de imagens e a descrição das sequelas dessa vivência, provoca mudanças no terapeuta ao nível dos esquemas cognitivos, com impacto na alteração da visão sobre si próprio, sobre os outros e sobre o mundo (nas áreas da segurança, confiança, estima, intimidade

e controle), verificando-se ainda uma diminuição na motivação, na eficácia e na empatia. Estes efeitos são cumulativos e permanentes, com impacto na vida profissional e pessoal do terapeuta (Pearlman & Saakvitne, 1995). Podem surgir ainda imagens intrusivas e outros sintomas de PTSD no terapeuta, na sequência da história traumática exposta pelo cliente (Jenkins & Baird, 2002). Neste contexto, McCann e Pearlman (1990) referem que a adaptação ao trauma é uma interacção complexa entre as características do acontecimento e o indivíduo, com os seus recursos, identidade, esquemas cognitivos e auto-capacidade.

O Stress Traumático Secundário, refere-se à experiência de tensão e distress directamente relacionada com as exigências de viver e cuidar de alguém que apresenta sintomas de PTSD (Figley, 1998). O indivíduo que interage ou que tem uma ligação emocional com a vítima de trauma pode assim experienciar sintomas semelhantes, mesmo que a experiência traumática não seja verbalizada, pois está exposto às reacções emocionais e físicas do traumatizado. Trata-se portanto de stress crónico, resultado da exposição do indivíduo a experiências traumáticas dos outros. A este respeito, Figley (1998) acrescenta que o Stress Traumático Secundário, também pode associar-se a sentimentos de empatia com as experiências traumáticas do ente querido.

McCann & Pearlman (1990) e Pearlman & Saakvitne (1995), que se focaram nos profissionais de ajuda, centraram-se na definição do conceito teórico (traumatização vicariante como um processo de mudança na auto-percepção e no sistema de crenças do indivíduo), recorrendo à Teoria Construtivista do Auto-desenvolvimento, e defenderam que a Traumatização Vicariante resulta da exposição acumulada aos pacientes traumatizados. Por sua vez, Figley (1995, citado por Jenkins & Baird, 2002), que identificou inicialmente o trauma secundário em sobreviventes de assalto sexual e em

familiares de ex-combatentes, focou-se na observação de sintomatologia de PTSD e no seu desenvolvimento, afirmando que bastava apenas uma exposição severa ao trauma da vítima (*e.g* reacções emocionais e físicas) para ocorrerem sintomas.

Concretizando, como referem Jenkins e Baird (2002), ambos os constructos, a Traumatização Vicariante e o Stress traumático secundário, implicam um contacto com um indivíduo traumatizado e relacionam-se com sintomatologia de PTSD mas diferem em quatro dimensões: no foco da abordagem (*teoria vs. sintomatologia*); na natureza dos sintomas (*mudanças cognitivas vs. reacções observáveis*); na população alvo de estudo (*profissionais de ajuda vs. familiares de ex-combatentes com PTSD*); e na quantidade de exposição ao trauma das vítimas (*exposição acumulada vs. uma exposição*).

Outro termo que podemos encontrar na literatura e que pode gerar alguma confusão na compreensão do Stress traumático secundário é o termo Burnout. Habitualmente utilizado na literatura da área da psicologia do trabalho e das organizações, e mais concretamente em trabalhos sobre o impacto do stress profissional crónico na saúde e bem-estar dos trabalhadores, o conceito de burnout é genericamente definido como um síndrome tridimensional de exaustão emocional, desconexão com os outros (*despersonalização*) e falta de realização pessoal com a sua actividade profissional (Maslach & Leiter, 2000). Este conceito tem igualmente sido utilizado para descrever sintomas em terapeutas que trabalham com indivíduos traumatizados, mas para além de ser mais geral que os dois anteriores não é específico do trabalho com pessoas traumatizadas (Deighton et al., 2007). Neste contexto Figley (1998), recorre ao termo de Burnout para explicar o significado de alguns dos sintomas de STSD.

Segundo Figley (1998) a família de um indivíduo traumatizado é vulnerável ao desenvolvimento de Stress Traumático Secundário (Stress de Compaixão) e de Perturbação de Stress Traumático Secundário- STSD⁷ (Fadiga de Compaixão).

O autor começou a abordar a traumatização indirecta mais detalhadamente e oferece-nos quatro explicações possíveis sobre o modo como os membros da família do indivíduo traumatizado podem vir a desenvolver sintomas semelhantes aos de PTSD. Segundo o autor, uma das explicações refere-se aos efeitos simultâneos, através dos quais todos os membros da família são afectados por um mesmo evento traumático (*e.g.* vivenciarem todos uma catástrofe natural ou perder um membro da família num incêndio ou num acidente de viação). Uma segunda explicação diz respeito aos efeitos vicariantes, que surgem quando a família tem conhecimento de que um membro, que não está em contacto com a família, vivenciou um trauma (*e.g.* saber que o filho mais velho morreu no atentado terrorista do 11 de Setembro). A terceira explicação relaciona-se com o trauma intra-familiar, em que vários membros da família são traumatizados por um mesmo acontecimento ocorrido dentro do sistema familiar (*e.g.* incesto, abuso, violência doméstica). E por fim, a quarta explicação refere-se à traumatização secundária, que surge quando o stress traumático afecta membros da família por estarem em contacto com um doente que sofre de PTSD.

A explicação que tem sido mais considerada na literatura, sobre a presença de sintomatologia de stress traumático nas esposas dos veteranos de guerra e nos seus filhos, é a de traumatização secundária, descrita por Figley (1998) e Rosenheck & Nathan (1985).

⁷ STSD é a sigla em inglês para denominar *Secondary Traumatic Stress Disorder*.

Através da revisão da literatura confrontamo-nos com a ausência de um modelo teórico explicativo, suportado empiricamente, sobre a evidência de STSD nos familiares ou indivíduos íntimos de vítimas de trauma. Embora o Stress Secundário e o trauma sejam amplamente reconhecidos pela Traumatologia, os esforços para conceptualizá-los só se tem verificado muito recentemente. Muita da literatura sobre a traumatização secundária faz uma breve menção ao conceito, citando apenas descrições clínicas da presença de STSD (Figley, 1983, 1989, citado por Figley, 1998; McCann & Pearlman, 1990; Nelson & Wright, 1996).

Dada a parca conceptualização específica e sustentada sobre a traumatização secundária, e tendo como objectivo de investigação no presente trabalho o estudo do impacto da PTSD sobre a família, optámos por recorrer ao contributo que os modelos de stress e crise familiar podem dar para a compreensão deste fenómeno, antes de nos debruçarmos sobre a análise crítica dos modelos de transmissão do trauma.

Modelos do Stress e Crise Familiar

Os primeiros esforços para reconhecer o papel da transmissão de emoções traumáticas de um membro da família para outro remontam-nos para o estudo clássico de Hill (1949, 1958, citado por Figley, 1998) com famílias de ex-combatentes da II Grande Guerra Mundial. O autor é pioneiro a sugerir que a família é fortemente afectada por acontecimentos críticos, como a guerra ou a pós-guerra, iniciando-se então o estudo do stress familiar.

Stress Familiar (distinto de stressor) é um estado que decorre do desequilíbrio (real ou percebido) entre exigência (stressor) e capacidade (recursos, coping) no funcionamento da família (McCubbin & Patterson, 1983a). Boss (2002) menciona alguns indicadores específicos de crise na família como: incapacidade dos membros da família para desempenhar os papéis e tarefas habituais; incapacidade para tomar decisões e resolver problemas; incapacidade para os membros cuidarem e se preocuparem uns com os outros da forma habitual; e o foco muda da sobrevivência familiar para a sobrevivência individual.

Com a formulação do seu Modelo ABCX, Hill (1958, citado por Boss, 2002) apresenta-nos um modelo heurístico para a investigação do stress na família. O autor focaliza-se nas variáveis pré-crise, definindo as seguintes variáveis: o acontecimento gerador de stress (factor A); os recursos da família (factor B); a definição que a família faz do acontecimento, individual e colectivamente (factor C); e a crise (factor X).

Numa extensão do modelo de Hill, McCubbin & Patterson (1983a) criam o Modelo ABCX Duplo do Stress Familiar, onde os autores focam também as variáveis pós-crise, sugerindo a pertinência de quatro factores adicionais, que influenciam o curso da adaptação da família ao longo do tempo: o “pile-up” (acumulação) de factores de stress; os esforços da família para activar ou adquirir novos recursos; as modificações da percepção da família acerca da situação total de crise; e o papel das estratégias de coping da família no ajustamento imediato e na eventual adaptação.

Reformulando o paradigma anterior, McCubbin e Patterson (1983b) apresentam-nos o Modelo Tipológico de Ajustamento e Adaptação Familiar (FAAR), um modelo processual que pretende descrever os processos através dos quais as famílias atingem o ajustamento pré-crise e a adaptação pós-crise. Nesse processo de adaptação, estão

envolvidos três níveis de significados familiares, relativamente à percepção do stress (Relvas, 2005): significados situacionais (construídos em torno do acontecimento stressante); identidade familiar (como a família se vê e como vê as relações familiares); e o ponto de vista da família sobre o mundo (como a família interpreta a realidade a partir da experiência partilhada). Os modelos mencionados, como reforça Relvas (2005) surgem como os mais consensuais e produtivos no que se refere à sua aplicação clínica e empírica

Entretanto, Boss (2002) vêm propor a integração do modelo de McCubbin e Patterson (1983b) num modelo circular, definindo stress familiar como pressão ou tensão sobre o sistema familiar, sendo mediado por dois contextos: contexto interno (dimensões estrutural, psicológica e filosófica) que a família pode modificar e controlar e; contexto externo (cultura, história, economia, desenvolvimento e hereditariedade), sobre o qual a família não tem controlo, mas que exerce influência no modo como percebe e lida com as mudanças.

De acordo com McCubbin & McCubbin (1989, citado por Figley, 1998) a adaptação familiar a um stressor é mediada pela vulnerabilidade familiar, formada por exigências da família e pelos ciclos de vida da família, relacionados com stressores e com métodos de coping (Olson et al., 1983; citado por Figley, 1998). Por seu turno, este factor é mediado pelo tipo de função familiar, definido por um conjunto de atributos básicos do sistema familiar, que caracteriza e explica como o sistema familiar avalia, funciona e se comporta.

McCubbin & Patterson (1983b), numa tentativa de integrar na sua formulação as teorias de stress e coping (Lazarus & Folkman, 1984), valorizaram particularmente o acontecimento indutor de stress familiar, definindo-o como tendo potencial de produzir

mudanças no sistema familiar ao nível das fronteiras, dos objectivos e dos padrões de interacção ou valores. Ao reconceptualizar o modelo ABC-X, Boss (2002) realça a percepção e o significado específico que o acontecimento assume nas famílias.

Estes modelos oferecem-nos uma compreensão do modo como as famílias percebem, avaliam e gerem as situações de stress. Considerando um acontecimento grave e a sua evolução crónica, como é o caso da PTSD de guerra, e o contacto íntimo e profundo da família com um doente com esta patologia, se os recursos familiares forem escassos e a família avaliar a situação como ameaçadora naturalmente que a crise ocorre.

Olhando para a família como um sistema e observando os seus padrões de funcionamento familiar, os seus limites, as suas regras, as suas representações, os seus valores e crenças familiares, bem como os seus recursos externos, temos um quadro compreensivo de possíveis factores de risco e de resiliência para o desenvolvimento de STSD nas famílias dos ex-combatentes traumatizados.

Modelo de transmissão do trauma

A literatura oferece quatro grandes modelos orientadores de transmissão do trauma: o Modelo Psicodinâmico (foco nas relações interpessoais: deslocação das emoções inconscientes, da primeira para a segunda geração), o Modelo Sociocultural (o papel da socialização: parentalidade e modelos parentais), o Modelo Sistémico (a comunicação no sistema familiar: emaranhamento vs. evitamento) e o Modelo Biológico (o papel da genética: hereditariedade e vulnerabilidade à PTSD) (Kellerman, 2001).

O estudo de transmissão do trauma nos filhos dos sobreviventes do Holocausto tem sido dominado pelas teorias de orientação psicanalítica. De acordo com estas teorias, as emoções que não podem ser experienciadas conscientemente na primeira geração são transmitidas para a segunda. É enfatizado o papel da identificação projectiva, da falha na diferenciação do *self* e da internalização por parte da criança (Rowland-Klein & Dunlop, 1997). A transmissão pela cultura, abordada no campo da Psicologia Social e da Sociologia, realça a transmissão das normas sociais e das crenças, que vão passando de geração em geração (Prager, 2003). Por outro lado, de acordo com as teorias da aprendizagem, o trauma transmite-se de forma consciente e directa, através da parentalidade e dos estilos parentais (Kellerman, 2001). No modelo sistémico, a transmissão do trauma é conceptualizada através da relação e da comunicação entre os elementos do sistema familiar. Por fim, o Modelo Biológico baseia-se na assunção de que existe uma predisposição genética para a doença, sendo que a organização neural de vários sistemas de memória do pai (*e.g.* hipervigilância) poderá levar a uma organização semelhante no filho⁸ (Kellerman, 2001).

Numa perspectiva sistémica, Figley (1998) oferece-nos uma Teoria explicativa do stress traumático secundário nos filhos dos ex-combatentes, em que a premissa básica é a de que os sintomas de stress traumático são comunicados ou existe um mecanismo de contágio do indivíduo traumatizado para os elementos com quem estabelece relações significativas, de forma que estes também desenvolvem sintomas idênticos (Herman, 1992, citado por Pereira, 2003).

⁸ Yehuda et al. (2000, citado por Kellerman, 2001) verificaram que baixos níveis de cortisol estavam significativamente associados à PTSD dos pais (sobreviventes do Holocausto) e à PTSD ao longo da vida dos seus filhos. Num estudo com gémeos (monozigóticos e dizigóticos) que combateram no Vietname, True et al. (1993, citados por Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Sagi-Schwartz, 2003) apuraram que 30% da variância de PTSD pode ser determinada geneticamente.

O Modelo de transmissão do trauma, descrito por Figley (1992, 1995, citado por Figley, 1998), contempla dois componentes explicativos. O primeiro componente é o Stress da Compaixão, termo utilizado pelo autor para realçar o stress traumático secundário relacionado com a exposição do indivíduo ao sofrimento da vítima primária (Figley, 1998). Os membros do sistema familiar, num esforço de compreender o elemento que vivenciou o acontecimento traumático, são motivados a exprimir empatia para com a vítima. Assim, procuram responder por eles próprios a cinco questões da vítima: O que é que aconteceu? Porque é que aconteceu? Porque é que eu agi assim de seguida? Porque é que eu tenho agido desta forma desde essa altura? Se acontecer de novo, vou ser capaz de lidar com isso? Ao gerar nova informação, o sistema familiar experimenta emoções que são semelhantes às da vítima, o que inclui imagens visuais (*flashbacks*), perturbação de sono, depressão e outros sintomas que são resultado da visualização da experiência traumática da vítima, da exposição aos sintomas da vítima ou de ambos. O modelo sugere que a exaustão emocional, originada pelo Stress Traumático Secundário, é devida, em parte, à capacidade empática de cada um, às acções para com a vítima, à incapacidade para procurar alívio através de desligamento e ao sentimento de satisfação por ajudar a aliviar o sofrimento.

De acordo com o autor, quando se interage com alguém que sofre de um trauma e com quem se tem uma relação emocionalmente próxima, pode-se experienciar sintomas semelhantes aos da vítima, por se estar exposto às suas reacções físicas e emocionais. Por exemplo, quando o ex-combatente partilha as suas experiências de *flashbacks*, pesadelos e pensamentos intrusivos, é fácil o familiar formar (fantasiar) as suas próprias imagens da guerra. A este respeito, Williams (1980, citado por Nelson & Wright, 1996) descreve este processo como se tratando de uma sobreidentificação com o ex-combatente, ideia reforçada igualmente por Maloney (1988, citado por Nelson &

Wright, 1996) que fala num processo de internalização (por identificação) dos stressores do veterano, possivelmente através de uma resposta de condicionamento (*e.g.* certas esposas, perante barulhos particulares, podem sentir-se tensas e ansiosas).

A capacidade empática é definida como a habilidade para reparar a dor dos outros ou motivação para providenciar ajuda, havendo assim mais susceptibilidade ao contágio emocional, caracterizado como a vivência de sentimentos decorrentes da exposição à vítima. Como refere Solomon et al. (1992) o contacto próximo com um veterano traumatizado torna-se num stressor crónico e como acrescenta Figley (1998) a ausência de preocupação pode até ser um claro indicador de exaustão emocional do membro da família.

Existem dois factores que contribuem para o aumento ou diminuição de Stress de Compaixão: o sentimento de realização (em que medida o cuidador está satisfeito com os seus esforços para aliviar o sofrimento do membro da família que precisa de ajuda) e o sentimento de dissociação (separação psicológica e emocional do cuidador para com a vítima). O nível de Stress de Compaixão experienciado está associado ao nível em que cada membro da família consegue distanciar-se e sentir-se satisfeito com os seus contributos. Alguns membros familiares, para aliviar o stress, sobrestimam o seu sentimento de realização e distanciam-se psicologicamente mais do que é necessário, o que resulta em exaustão emocional. Aqueles que experienciam baixos níveis de Stress de Compaixão e ainda estão expostos a um enorme contágio emocional, tendo uma capacidade empática considerável, encontram um sentimento de satisfação na sua resposta empática, porque acreditam que aliviam o sofrimento e conseguem evitar identificar-se com a vítima (Figley, 1998).

O segundo componente do Modelo de Transmissão do trauma de Figley (1998) refere-se à Fadiga de Compaixão, termo utilizado pelo autor para descrever a Perturbação Secundária de Stress Traumático, resultado do envolvimento íntimo e profundo com a pessoa traumatizada primariamente. A STSD, surge assim caracterizada como um estado de exaustão e disfunção (biológica, psicológica e social), resultado da exposição prolongada ao Stress de Compaixão. O sentimento de exposição prolongada está associado à ausência de alívio (por sobrecarga de responsabilidade) e à incapacidade de reduzir o stress de compaixão, resultando em perturbação.

Assim, como menciona Figley (1998), a STSD resulta do acumular de Stress Traumático Secundário, originando exaustão e desgaste emocional. O impacto mais drástico do desgaste emocional nas famílias é o fim do sistema familiar através de abandono, divórcio, separação e diminuição ou ausência de contacto.

Gilbert (1998) acrescenta que o Stress Traumático Secundário é uma forma menos severa de STSD. Figley (1998), destaca ainda que a STSD pode surgir repentinamente, os sintomas aparecem desconectados das causas reais, verifica-se um sentimento de desesperança, confusão e de isolamento e existe uma taxa de recuperação mais rápida dos sintomas.

Fenomenologia da STSD

No que respeita à categorização fenomenológica, Figley (1995, citado por Valent, 2001) sugere que a PTSD seja denominada de Perturbação Primária de Stress Pós-traumático, enquanto que os mesmos sintomas, que aparecem secundariamente nos

cuidadores, devem ser enquadrados na Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD).

Assim, Figley (1995a) apresenta-nos uma organização da STSD semelhante à dos critérios de diagnóstico de PTSD do DSM-IV-R, conforme o explicitado na Tabela 1.

O autor (1995b) descreve igualmente o impacto da STSD na vida pessoal e profissional do indivíduo, com repercussões nas seguintes áreas: cognitiva (diminuição da concentração, baixa auto-estima, apatia, rigidez, desorientação, preocupação com o trauma, preocupação em prejudicar os outros), emocional (ansiedade, culpa, zanga, medo, desamparo, tristeza, depressão, sensibilidade aumentada, instabilidade emocional, embotamento afectivo), comportamental (impaciente, irritável, hipervigilante, resposta de alerta exagerado, isolamento, problemas de sono, mudança de hábitos alimentares, propensão a acidentes, perda constante de coisas), espiritual (questiona pressupostos da vida, perda de objectivos, zanga com Deus, desesperança, perda da fé, falta de auto-satisfação, elevado nível de cepticismo), relações interpessoais (diminuição do interesse pela intimidade e vida sexual, desconfiança, sobreprotecção do cônjuge e filho, solidão, conflitos frequentes, intolerância), física/somática (ritmo cardíaco acelerado, dificuldade em respirar, sudação, tonturas, dores frequentes, diminuição do sistema imunitário, aumento das preocupações com a saúde), profissional (baixa moral, baixa motivação, obsessão com detalhes, evitamento de tarefas, apatia, negatividade, pensamento dicotómico, défice na comunicação, desligamento, conflitos com colegas, exaustão, irritabilidade, absentismo).

Tabela 1

Distinção entre Critérios de Diagnóstico para a PTSD e STSD (Figley, 1995b)

Grupo de Sintomas	Primária (PTSD)	Secundária (STSD)
Stressor	Vivenciar um evento para além da experiência humana e perturbador para a maioria das pessoas, tal como:	Ajudar/Cuidar de alguém que vivenciou um evento para além da experiência humana e perturbador para a maioria das pessoas, tal como:
reexperiência do acontecimento traumático	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ameaça séria para a vida do próprio; 2. Destruição repentina do seu meio ambiente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ameaça séria para a vida do indivíduo traumatizado (IT); 2. Destruição repentina do meio ambiente do IT.
Sintomas de evitamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. pensamentos/imagens intrusivos com a experiência traumática 2. sonhos recorrentes com a experiência traumática 3. sentir ou agir como se o trauma estivesse a acontecer de novo 4. sofrimento psicológico durante situações que se assemelhem ao trauma 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pensamentos/imagens intrusivos com a experiência traumática do IT 2. sonhos recorrentes com a experiência traumática do IT 3. sentir ou agir como se o trauma do IT estivesse a acontecer de novo 4. lembranças com o sofrimento psicológico do IT durante situações que se assemelhem ao trauma
Activação neurovegetativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. esforços para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma 2. esforços para evitar situações que lembrem a vivência traumática 3. amnésia psicogénica 4. diminuição do interesse em actividades significativas 5. sensação de afastamento e estranheza dos outros 6. afecto restringido 7. visão encurtada do futuro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. esforços para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma do IT 2. esforços para evitar situações que lembrem a vivência traumática do IT 3. amnésia psicogénica 4. diminuição do interesse em actividades significativas 5. sensação de afastamento e estranheza dos outros 6. afecto restringido 7. visão encurtada do futuro

Dutton e Rubinstein (1995, citado por Pulido, 2007) organizaram a sintomatologia de STSD em três categorias: o distress psicológico (reexperiência do trauma, pelo evitamento e pela activação fisiológica provocada pelo material traumático), as mudanças cognitivas e a perturbação relacional.

Factores individuais, organizacionais, sociais, comunitários e do próprio acontecimento traumático, podem eventualmente aumentar ou diminuir a vulnerabilidade ao Stress Traumático Secundário (Beaton & Murphy, 1995, citado por Pulido, 2007).

Concretizando, a grande diferença entre PTSD e STSD relaciona-se com o facto de no primeiro caso o stressor ser directo e experienciado pelo próprio, enquanto no segundo caso o stressor está associado ao facto do indivíduo viver e conviver com alguém com PTSD, estando sujeito às suas reacções emocionais (Pereira, 2003).

Valent (2002) realça que tal como para as vítimas primárias de PTSD é difícil delinear e dar significado à variedade de sintomas que apresentam, o mesmo acontece com a variedade de sintomas de STSD. Neste contexto, o autor recorda dois termos a que Figley (1995b) recorre para explicar também o significado de alguns dos sintomas de STSD. Um deles é o Burnout, que resulta da frustração, impotência e incapacidade para atingir os objectivos profissionais e que resulta de stressores profissionais. Estas dificuldades remetem para sintomas psicofisiológicos como perturbação de sono, dores de cabeça, irritabilidade, agressão e exaustão física e mental. Outros sintomas incluem pessimismo, cinismo, problemas nas relações com os colegas e défice na performance profissional. O outro termo refere-se à Contratransferência, que explica o mecanismo de produção dos sintomas nos cuidadores, descrito como um processo inconsciente de absorção do stress e do trauma da vítima, expresso frequentemente de modo não verbal

(e.g. através de gestos). Esta absorção, com o consequente impulso para responder, pode levar ao contágio do acontecimento traumático. De acordo com Valent (2002), durante este processo, pode ainda acontecer que o cuidador durante a sua interacção com o indivíduo traumatizado, evoque traumas passados que estão reprimidos.

Efectivamente, a proposta conceptual de Figley (1998) oferece-nos uma compreensão bastante descritiva e específica do fenómeno de traumatização secundária, que se verifica nas famílias dos ex-combatentes com PTSD. No entanto, conforme foi possível apurar na revisão da literatura, trata-se de um modelo que carece de suporte empírico.

Impacto da PTSD na família

A teoria dos sistemas é a abordagem mais proeminente na compreensão das famílias. Esta abordagem transformou o estudo da família, com o foco na relação pais-filhos, colocando a ênfase na família como um sistema social. Neste sentido, para se compreender plenamente a natureza das relações familiares é necessário reconhecer a interdependência entre os papéis e as funções desempenhadas pelos vários membros da família.

Segundo Minuchin (2002, citado por Parke, 2004) os membros da família (mãe, pai e filhos) influenciam-se uns aos outros, directa e indirectamente. Nesta linha, Catherall (2004, citado por Matsakis 1996) reforça igualmente que uma das características da relação entre família, stress e trauma é a sua natureza bidireccional. O

suporte familiar pode moderar o impacto do trauma no familiar traumatizado, tal como o impacto do membro traumatizado também pode traumatizar a família.

Os indivíduos que sofrem de PTSD apresentam sintomas que se caracterizam por sintomatologia de reexperiência do acontecimento traumático, embotamento afectivo e evitamento dos estímulos associados ao trauma e hiper estimulação. Nalguns indivíduos também podem ocorrer sentimentos de culpa (culpa do sobrevivente), ideias homicidas (muitas vezes associadas ao agressor), alucinações auditivas e ideação paranóide (casos mais graves e crónicos), queixas somáticas; perda de crenças anteriormente mantidas e alteração nas características prévias da personalidade (DSM-IV-TR, 2002). Assim, muitos destes sintomas terão necessariamente impacto directo nas relações maritais e parentais.

Efectivamente, a separação, o divórcio, a disfunção marital e a instabilidade emocional nas crianças são consequências negativas do impacto do trauma na família e nas relações íntimas imensamente descritas na literatura (Carroll, Foy, Cannon, & Zwier, 1991; Herman, 1992; Kates, 1999; Kulka et al., 1990; Matsakis, 1996; Matsakis, 2001; Scaturo & Hayman, 1991; Sheehan, 1994; Vogel & Marshall, 2001; Williams & Williams, 1987, citado por Matsakis, 1996). Alguns traumatizados podem funcionar adequadamente nas suas actividades profissionais ou em alguns projectos específicos, mas em casa podem evidenciar instabilidade do humor, irritabilidade, depressão, problemas de memória, embotamento afectivo e dificuldades na resolução de conflitos, o que afecta toda a família (Matsakis, 1996). No entanto, na área da investigação do trauma não tem dedicado grande atenção ao impacto da PTSD na família (Ruscio, Weathers, King & King, 2002).

Se é reconhecido que é frequente existir história de psicopatologia familiar (normalmente de depressão) nos indivíduos que sofrem de PTSD, não existem estudos actualmente que avaliem especificamente se os seus pais também sofrem de PTSD (Yehuda et al., 2001).

Os clínicos norte-americanos, têm identificado que as famílias dos ex-combatentes com PTSD, têm dificuldades em lidar com a hipersensibilidade, com o abuso verbal, com a irritabilidade e com a cólera do veterano de guerra, vivendo numa atmosfera de medo e isolamento social (Barekatin, Taghavi, Salehi & Hasanzadeh, 2006).

Catherall (1998) defende que a traumatização nas gerações seguintes pode ocorrer através de histórias que se vão transmitindo ou de experiências vividas na família. O autor descreve o ambiente da família traumatizada em que todos os elementos podem ser fisicamente próximos, mas em que a expressividade emocional está diminuída ou ausente. Assim, segundo o autor, a família torna-se “alexitimica”, não existe conexão genuína ou intimidade entre a família e fixam-se fronteiras, padrões e regras disfuncionais.

Embora a relação causal entre disfunção familiar e experiências de guerra não seja totalmente clara, a investigação com as famílias dos veteranos de guerra tem revelado um padrão consistente. As famílias dos ex-combatentes com PTSD apresentam mais problemas conjugais, em termos de auto-revelação e expressividade, evidenciam mais comportamentos de hostilidade e agressividade e revelam mais desajustamento marital (Carroll, Foy & Donahoe, 1985, citado por Figley, 1998).

Em Portugal, num estudo exploratório, Anunciação (1997) verificou que os ex-combatentes da guerra colonial com PTSD não apresentam mais dificuldades de ajustamento marital em geral do que os ex-combatentes sem PTSD, isto é, não têm mais dificuldades em demonstrar carinho, não são menos comunicativos e não discutem mais. No entanto, o autor apurou também que os ex-combatentes com PTSD apresentam níveis mais elevados e significativos de problemas nas diferentes áreas da vida conjugal (emprego, tarefas domésticas, tempos livres, amizades, feitio do cônjuge, aparência física, liberdade individual, sexualidade, questões extra conjugais, hábitos pessoais, e relações familiares) e percebem o seu casamento como sendo menos feliz do que os ex-combatentes sem PTSD.

Num importante estudo norte-americano, sobre o impacto dos problemas psicológicos dos veteranos de guerra nas suas famílias, verificaram-se as seguintes características nestas famílias: o casamento é frequente mas menos duradouro; estimativas superiores de PTSD e de menos bem-estar subjectivo nas mulheres dos ex-combatentes; mais problemas de reajustamento e de funcionalidade; taxas elevadas de violência familiar; filhos com mais problemas de comportamento; e níveis mais elevados de desmoralização (Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar & Weiss, 1990, citado por Figley, 1998). Waysman, MiKulincer, Solomon e Weisenberg (1993), também observaram que as esposas dos veteranos traumatizados se deparam muito mais vezes do que outras mulheres com conflitos e rigidez no funcionamento familiar, enquanto que as esposas dos veteranos não traumatizados tendem a beneficiar de um ambiente familiar expressivo.

No seio destas famílias existem comportamentos, próprios da PTSD, que acabam por afectar todo o sistema familiar. O evitamento e o embotamento afectivo,

característico da PTSD do ex-combatente, acaba por condicionar e restringir toda a família ao contacto com o mundo social. Por outro lado, o evitar aborrecer ou incomodar o ex-combatente, o desencorajar a partilha das memórias traumáticas, achando que vai prejudicá-lo e o assumir de todas as funções familiares por parte das esposas, acaba por contribuir para a manutenção do próprio comportamento de evitamento do ex-combatente e para a anestesia emocional dos outros membros da família. O embotamento afectivo que protege o ex-combatente de tudo o que possa sentir acaba por promover o distanciamento e a não expressão de afectos em relação à sua companheira e filhos, daí que estas famílias sejam descritas como “congeladas” (Matsakis, 1988, citado por Pereira, 2003).

A ideação suicida também é frequente e está associada a sentimentos de culpabilização do veterano de guerra, o que faz com que a família viva em sobressalto, principalmente se houver armas em casa (Goodwin, 1987, citado por Pereira, 2003). O recurso a álcool e drogas é outro problema que se relaciona com a PTSD, pois o recurso a estas substâncias para lidar com a dor, acarreta comportamentos de impulsividade e por vezes violência física, levando ao distanciamento dos familiares devido ao medo (Matsakis, 1988, citado por Pereira, 2003).

Embora um número considerável de autores tenha discutido os intensos efeitos emocionais experienciados pelos membros das famílias de um doente vítima de PTSD, Solomon et al. (1992) foram dos primeiros investigadores a considerar empiricamente a possibilidade de traumatização secundária, nomeadamente entre os cônjuges. Numa investigação com famílias de soldados israelitas que combateram na guerra contra o Líbano em 1982, os autores (1987, citado por Figley, 1998) apuraram que taxas mais elevadas de PTSD estão associadas a menos expressividade, menos coesão, mais

conflitualidade nas famílias e mais sintomatologia psiquiátrica nas mulheres e nos filhos dos ex-combatentes com PTSD. De referir que a severidade de PTSD do marido se associa a mais distress crónico na esposa (Dekel & Solomon, 2006).

Traumatização Secundária nas esposas

Muitos dos sintomas de PTSD do ex-combatente têm um impacto directo nas relações conjugais e nas relações interpessoais das suas parceiras.

A dificuldade do veterano em reconhecer os seus próprios sentimentos, o seu medo da perda e o seu medo da dor emocional impede-o de estabelecer uma relação emocional com a sua esposa (Matsakis, 1996). Assim, a cólera e hostilidade, a diminuição dos afectos, o isolamento e o afastamento, são alguns dos sintomas que afectam a capacidade de manter uma relação íntima e sexual, criando um sentimento de rejeição e frustração na sua mulher (Arzi et al., 2000). Por outro lado, o embotamento afectivo, a diminuição do interesse pelo mundo exterior, os sentimentos de desligamento ou as discussões, podem igualmente ser um entrave para a ligação emocional ou para o contacto social destas mulheres (Bramsen, Van der Ploeg & Twisk, 2002).

Matsakis (1996) descreve os papéis múltiplos e complexos das esposas dos veteranos de guerra do Vietname, reforçando que estas mulheres adoptam o papel de gestoras destas famílias caóticas. Assim sendo, experienciam inevitavelmente muita dor, medo, zanga, depressão, falta de intimidade emocional e disfunção a nível sexual, deparando-se ainda muitas vezes com situações de abuso de substâncias e violência doméstica. Estas mulheres sentem-se compelidas a cuidar do ex-combatente e a atender

a todos os seus problemas. Como mães, assumem o papel total de cuidadoras dos seus filhos, a nível físico, psicológico, emocional e espiritual, e como esposas assumem todas as tarefas, a gestão económica, financeira, profissional e relacional. Como refere Solomon e seus colaboradores (1992) é frequente estas mulheres relegarem as suas próprias necessidades para segundo plano.

Os papéis de género estão bem delimitados nestas famílias, pelo que é esperado que o homem seja forte, pouco emocional e agressivo, enquanto que é esperado que a esposa seja cuidadora, emocional e submissa. Os papéis habitualmente são rígidos e estereotipados, o que torna a família pouco adaptável, em termos de flexibilidade e aumenta a probabilidade de conflitos entre o casal. Durante a guerra o ex-combatente aprende a expressar os seus sentimentos através da hostilidade e da agressão. Por outro lado, a agressão física no seio familiar é por vezes resultado da experiência de *flashbacks*. Consequentemente, de acordo com Verbosky & Ryan (1988, citado por Nelson & Wright, 1996), estas mulheres tendem a expressar um comportamento passivo-agressivo e devido à diferença de poder, baixa auto-estima e depressão adoptam um comportamento que é característico da síndrome das mulheres batidas. Perante a todo o stress associado as estas questões, é difícil para estas mulheres serem efectivas ou consistentes nas suas estratégias de coping (Coughlan & Parkin, 1987; Verbosky & Ryan, 1988, citado por Nelson & Wright, 1996).

O Stress Traumático Secundário pode ser definido como o stress de cuidar demais (Gilbert, 1998). Os cônjuges de indivíduos traumatizados estão particularmente em risco de desenvolver sintomatologia traumática por estarem emocionalmente próximos, como é próprio de uma relação conjugal. Segundo Gilbert (1998), o desenvolvimento de respostas de stress traumático secundário nos cônjuges, resulta da sua necessidade de

atribuir sentido à experiência traumática do seu parceiro. Torna-se difícil manter a estabilidade da relação conjugal e este facto pode levar o cônjuge secundariamente afectado a tornar-se imensamente responsável e superprotector com o doente com PTSD. A este respeito, a autora reforça que este tipo de relação conjugal origina um único padrão interacional, caracterizado pela vitimização.

Estudos com veteranos de guerra americanos, israelitas e holandeses têm revelado que as esposas dos ex-combatentes com PTSD apresentam maior risco de desenvolver sintomas psiquiátricos (Solomon et al., 1992; Waysman et al., 1993; Bramsen, Van der Ploeg & Twisk, 2002). Solomon et al. (1992) verificaram, em 205 esposas de veteranos israelitas, que estas apresentavam níveis mais elevados de psicopatologia (somatização, depressão, problemas obsessivo-compulsivos, ansiedade, ideação paranóide e hostilidade), menos intimidade, menos satisfação conjugal e uma maior restrição nas relações sociais. Outros autores também observaram que as esposas de veteranos com PTSD tendem a ser menos felizes, menos satisfeitas, com dificuldades de intimidade, com problemas nas relações interpessoais e a vivenciar mais stress do que aquelas que viviam com ex-combatentes sem PTSD (Kulka et al., 1991, citado por Pereira & Ferreira, 2006; Riggs et al., 1998). Arzi et al., (2000) concluíram que quanto maior a sensação/sentimento de carga, mais severo era o mal-estar emocional descrito pelas esposas.

Maloney (1988, citado por Nelson & Wright, 1996) observou igualmente que algumas destas mulheres experienciavam *flashbacks* e pesadelos relacionados com o Vietname, sugerindo a presença de sintomatologia traumática. Existem ainda estudos que têm demonstrado que as mulheres dos ex-combatentes são menos comunicativas,

mais irritadas e mais amedrontadas, quando comparadas com mulheres de homens que não estiveram na guerra (Rueger, 1983, citado por Figley, 1998).

Num estudo com casais holandeses, sobreviventes da II Grande Guerra, Bramsen et al. (2002), verificaram que as reacções de stress pós-traumático de ambos os membros do casal não eram independentes uma da outra, isto é, a sintomatologia de PTSD num dos elementos previa a sintomatologia traumática no seu cônjuge. Estas esposas representam, segundo alguns autores, uma população de risco (Rosenbaum & Najenson, 1987, citado por Lopes Pires, Lopes Pires, Costa, Cruz, Martins, Vieira, Domingues, Santos, Luís, Vieira & Vieira, 2006).

Traumatização Secundária nos filhos

É no contexto familiar que diferentes padrões de vinculação se transmitem por gerações. O sistema de vinculação com as figuras parentais, além de promover protecção na criança também contribui para um desenvolvimento psicológico harmonioso entre a criança e o cuidador (Stern, 1985, citado por Zulueta, 2006). Quando esse desenvolvimento ocorre, a criança vai estar atenta à disponibilidade física e emocional dos seus cuidadores (Zulueta, 2006).

Como reforçam Kaplan e Owens (2004), uma relação de qualidade (de aceitação calorosa, empatia e respeito) com um adulto é fundamental para o desenvolvimento saudável de uma criança. Este cenário pode ser difícil de encontrar em famílias que estão sujeitas a situações de stress. Com efeito, Sigal et al (1971, citado por Rowland-

Klein e Dunlop, 1997) referem que distorções crónicas no meio psicológico de uma pessoa podem perturbar a sua capacidade humana de se relacionar, comprometendo igualmente a sua capacidade para estabelecer uma relação pai-filho saudável. Daud et al. (2005) reforçam que um trauma psicológico afecta a capacidade destes indivíduos funcionarem de forma protectora com os seus filhos.

Enquanto que a vulnerabilidade dos membros da família ao stress traumático secundário é atribuído aos seus sentimentos de empatia e de ajuda (Figley, 1983, citado por Steinberg, 1998.), o mecanismo de transmissão para os filhos é atribuído à exposição destes à sintomatologia dos seus pais traumatizados (Rosenheck & Nathan, 1985; Matsakis, 1996; Ahmadzadeh & Malekian, 2004).

Matsakis (1996) menciona que a criança pode ficar obcecada com as histórias de guerra relatadas pelo pai e pode apresentar pesadelos acerca da guerra, ou evidenciar grande preocupação com a morte e com a injustiça, podendo ainda assumir o papel de salvador dos seus pais.

Ruscio e colaboradores (2002) mencionam algumas investigações que embora não especifiquem como a PTSD pode provocar problemas nas crianças, sugerem uma importante ligação entre pais com PTSD, o comportamento dos seus filhos e problemas psicológicos nestes. Os autores referem dois estudos (Caselli & Mota, 1995; Jordan et al., 1992, citado por Ruscio et al., 2002) que demonstram que os filhos dos veteranos de guerra com PTSD exibem mais problemas de comportamento no *Child Behavior Checklist-CBCL*, comparativamente aos filhos dos veteranos sem a perturbação.

Baseado nos estudos com filhos de veteranos (com PTSD) da II Guerra Mundial Robert Rosenheck (1985, 1986) sugeriu que as crianças que estavam expostas extensiva

e repetidamente às descrições detalhadas dos pais sobre as suas experiências traumáticas da guerra estavam mais propensas a desenvolver STSD do que aquelas que não tinham qualquer informação. Os veteranos que tinham mais relutância em falar da guerra com os seus filhos, faziam-no devido ao embaraço e culpa por actos cometidos durante a guerra, tendo assim medo de assustá-los ou aliená-los. Segundo Matsakis (1996) este facto não significa que o veterano tenha de manter secreta a sua experiência na guerra, pois existe uma diferença entre a exposição excessiva ao material traumático e o relato de pequenas situações.

Outros estudos, revelam que nas famílias dos veteranos com PTSD, em que o ex-combatente é violento, as crianças apresentam igualmente valores elevados no *Child Behavior Checklist-CBCL* (Harkness, 1993, citado por Ruscio et al., 2002) e a maioria delas evidencia *scores* significativamente elevados no *Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI* (Beckham et al., 1997, citado por Ruscio et al., 2002). Rosenheck e Fontana (1998) verificaram também que os filhos de veteranos (com idades compreendidas entre os 6-16 anos), que participaram com violência abusiva (*e.g.* atrocidades) no Vietname, apresentam mais problemas de comportamento que os filhos de outros ex-combatentes. No seu estudo, os autores encontraram ainda correlações significativas entre os problemas de comportamento das crianças com outras variáveis, como: experiência de abuso parental na infância, a exposição a combate, ser divorciado, baixos rendimentos, violência familiar, desajustamento familiar e severidade dos sintomas de PTSD do pai.

Estudos clínicos têm revelado que a participação em violência abusiva está associada a formas graves de PTSD, envolvendo sentimentos de ódio e desprezo por si próprio, incapacidade para confiar e para estabelecer relações interpessoais positivas

(Rosenheck e Fontana, 1998) o que se verificará necessariamente na relação pai-filho. Haley (1985, citado por Rosenheck e Fontana, 1998) acrescenta que a participação em violência abusiva na guerra, surge associada a um aumento de violência intra-familiar, ao abuso de substâncias e a uma extrema dificuldade em prestar os cuidados parentais.

Matsakis (1996), refere que os problemas experienciados pelas crianças, com um pai traumatizado, podem agrupar-se em várias categorias. A autora refere que estas famílias são “virtualmente” monoparentais, devido à distância emocional do progenitor que sofre de PTSD. O ex-combatente tem tendência a afastar-se do seu filho porque não é capaz de lidar com a pressão da parentalidade ou porque teve experiências traumáticas com crianças em contexto de guerra. Em alguns casos, as memórias de guerra também podem suscitar no ex-combatente sintomas ambivalentes relativamente aos seus filhos, quando eles se aproximam das idades das crianças que eles mataram ou viram morrer na guerra. A criança vai sentir este distanciamento como rejeição, como sinónimo de não ser amada ou aceite, observando-se muitas vezes um isolamento das próprias crianças.

As esposas dos veteranos sentem como se fossem mães solteiras, com o fardo de cuidarem do bem-estar físico e emocional dos seus filhos sozinhas. Tentam compensar o comportamento distante dos maridos, o seu alcoolismo ou violência, tornando-se super mães. Rosenheck (1986) no seu estudo com filhos de ex-combatentes da II Guerra Mundial verificou que os sentimentos dos filhos relativamente às mães eram muitas vezes ambíguos: algumas crianças admiravam a mãe pelo seu esforço e ajuda para com o pai; outras criticavam-na, ou acusavam-na de não ser suficientemente contentora. Matsakis (1996) acrescenta que pode ainda acontecer que a criança culpe a mãe pela PTSD do pai. Esta, numa tentativa de compensação, tenta assumir também o papel de

pai, ocorrendo muitas vezes relações de emaranhamento. O sentimento da criança de ser diferente, por causa da PTSD do pai, fica agravado se houver consumo de substâncias.

Matsakis (1996), descreve ainda que em algumas casas, a pressão financeira e emocional pode levar ao abuso das crianças, por parte do ex-combatente ou da sua esposa. O tipo de abuso mais frequente é a crítica verbal. A mãe acaba por ser, na maioria das vezes, o elemento amortecedor/apaziguador entre pai e filho, podendo originar sentimentos de desvalorização e incompreensão de ambos os lados. Num estudo realizado no Centro de Veteranos nos Estados Unidos, a autora (1996), verificou que 73% dos terapeutas mencionam que o veterano com PTSD distancia-se dos filhos e 80% referem que ele é tendencialmente crítico na sua relação com eles. Num estudo com ex-combatentes do Vietname com PTSD, sobre a associação entre os sintomas da PTSD e os relacionamentos percebidos entre pai-filho, Ruscio et al. (2002), verificaram que o embotamento afectivo era o preditor que melhor explicava o relacionamento destes indivíduos com os seus filhos. Este resultado sugere que o desinteresse, o afastamento e a anestesia emocional que caracteriza o embotamento afectivo pode diminuir as competências que o papel de pai exige, bem como a sua capacidade para retirar prazer da interacção com o seu filho, o que se reflecte consequentemente num relacionamento com pobre qualidade.

Enquanto alguns ex-combatentes se distanciam ou evitam disciplinar os seus filhos, outros envolvem-se profundamente adoptando um comportamento de superprotecção e supervalorização das crianças, em que o indivíduo traumatizado está emocionalmente “muito preso” aos filhos e não ao seu companheiro. Neste caso, apresenta-se como uma figura parental excessivamente protectora, controladora e restritiva. Pode ainda acontecer que, nestas famílias, as crianças surjam trianguladas,

como fonte de suporte social. Considerando a dificuldade de relacionamento interpessoal e o isolamento que o progenitor traumatizado evidencia, pode acontecer que ele se centre num dos filhos para suporte emocional, tratando-o como adulto e triangulando-o na relação ou formando coligações. Esta situação pode gerar na criança o dilema de que para merecer a atenção do seu progenitor terá de ser desleal ao outro, o que muitas vezes se reflecte em sintomatologia da parte da criança. Esta pode também evidenciar sentimentos ambivalentes em relação aos pais, principalmente no que diz respeito à lealdade. Normalmente, são crianças com baixa auto-estima, problemas a nível académico e com dificuldade de relacionamento interpessoal (Matsakis, 1996).

Matsakis (1996) cita a experiência de um terapeuta que trabalhou com crianças num *Vet Center*, o qual refere que foi frequente os filhos do ex-combatentes do Vietname não terem informação sobre as reacções dos seus pais, pois não lhes foi explicada a razão das suas dificuldades ou o motivo do stress familiar. Inevitavelmente, estas crianças tinham a tendência para assumirem a culpa e responsabilidade pelo conflito familiar, tal como é o caso das crianças dos alcoólicos e de pais divorciados. Muitas vezes a mensagem que foi transmitida foi “está calado, tens de ser bom, não arrelies o teu pai”, o que promoveu um sentimento de alienação para com o pai, a responsabilidade pelas dificuldades da família e o isolamento da rede de suporte social. Alguns dos filhos dos veteranos do Vietname foram até discriminados, pelo comportamento do pai ou pelo estilo de vida que adoptou (Matsakis, 1996).

Mason (1995, citado por Pereira 2003) acrescenta que as famílias com PTSD normalmente geram crianças que tendem a ser perfeitas, para que os pais possam sentir orgulho nelas, ou então, criam crianças sintomáticas, para que os pais possam ter alguém em quem focar os seus problemas.

A vulnerabilidade das crianças às reacções dos seus pais tem sido descrita na literatura, em que as reacções emocionais dos pais são os melhores preditores de presença de sintomatologia traumática nas crianças do que a exposição directa destas a um acontecimento traumático (Freud & Burlingham, 1942; Solomon, 1942; Bloch et al., 1956; Ziv & Israeli, 1973; Newman, 1976; McFarlane, 1987a, 1987b; Green et al., 1991, citado por Steinberg, 1998). Os comportamentos do pai traumatizado, como os comportamentos de evitamento (*e.g.* a família procura não aborrecê-lo ou irritá-lo), a depressão, a alienação e o isolamento (associado a baixo suporte social), o suicídio (*e.g.* preocupação constante dos familiares com o indivíduo traumatizado que tem armas em casa), o uso de substâncias (*e.g.* recurso a álcool e drogas, que potenciam muitas vezes os comportamentos impulsivos e violentos), a desconfiança, a raiva e o embotamento afectivo (*e.g.* a não expressão de afectos) afectam necessariamente os seus filhos, que estão expostos diariamente a este padrão parental (Pereira, 2003). A exposição repetida da criança a estes episódios constitui um factor de stress traumático crónico e é um factor de risco para a transmissão do PTSD do pai para o filho (Ahmadzadeh & Malekian, 2004).

Rosenheck & Nathan (1985) denominaram este fenómeno de traumatização secundária, que também tem surgido na literatura como transmissão transgeracional. Este fenómeno começou a ser estudado primeiramente com os filhos dos sobreviventes do Holocausto, verificando-se que apresentavam depressão, ansiedade, fobias, culpa, ansiedade de separação e pesadelos com perseguições nazis. Estas crianças sentem que têm a missão de viver o passado dos pais e mudar os seus sentimentos de humilhação, desgraça e culpa. Yehuda et al. (1998), verificaram que os filhos dos sobreviventes do Holocausto têm três vezes mais probabilidade de desenvolver PTSD, comparativamente com os seus pares.

No seu estudo com filhos dos veteranos da II grande Guerra, Rosenheck (1986) verificou que apenas as crianças que tinham uma relação próxima com os seus pais desenvolviam sintomatologia semelhante, pois estavam expostas às reacções emocionais destes, como a raiva, depressão, culpa, perda do controlo dos impulsos, pesadelos e flashbacks. Por outro lado, a outra possibilidade seria a de estas crianças assumirem um elevado sentido de responsabilidade pelos seus pais, acabando por se identificarem com eles. Muitas destas crianças têm irmãos mais novos mas estes, apesar de se preocuparem igualmente com os pais tendem a ser assintomáticos. Rosenheck & Nathan (1985) observaram igualmente em filhos de veteranos do Vietname que eles manifestavam sintomas semelhantes aos dos seus pais, incluindo insónia, ansiedade, sintomas psicossomáticos, pesadelos, dificuldades de concentração e desesperança e medo da morte. Resultados semelhantes foram encontrados por Daud et al. (2005), com filhos de pais torturados, em que estas crianças apresentavam problemas de comportamento e de ajustamento, depressão, ansiedade, somatização e sintomas de PTSD. Também Ahmadzadeh & Malekian (2004) apuraram elevados níveis de agressão entre os adolescentes filhos de veteranos de guerra com PTSD.

Daud et al. (2005) mencionam ainda que a transmissão do trauma dos pais para os filhos pode ocorrer através do silêncio parental (os membros da família evitam falar no que aconteceu, de modo a evitar sentimentos de agressividade, e as crianças acabam por fantasiar acerca do acontecimento) e por repressão das memórias traumáticas (a criança tenta proteger os seus pais, mantendo-se em silêncio). Rowland-Klein e Dunlop (1997), através de um estudo qualitativo com seis filhos de sobreviventes do Holocausto nazi, definem a transmissão do trauma para a segunda geração pela presença de ansiedade generalizada, medo e cautela/desconfiança dos outros, sentimento de ter passado pessoalmente pela experiência traumática dos pais, reversão de papéis e

emaranhamento. De acordo com os autores, é através de um processo de transmissão consciente, mas essencialmente inconsciente, que os pais transmitem aos seus filhos a sua sintomatologia de PTSD, causada pela sua vivência do Holocausto, isto é, numa perspectiva psicanalítica, a transmissão do trauma explica-se através de um processo de projecção parental e internalização da parte da criança. Na sua investigação, Rowland-Klein e Dunlop (1997), verificaram que estes filhos apresentam uma consciência aumentada do papel dos pais como sobreviventes do Holocausto, foram superprotegidos, têm relações simbióticas com os pais, identificam-se com as experiências traumáticas vividas pelos pais, procuram proteger os pais de qualquer tipo de sofrimento ou desilusão (procuraram ser sempre os filhos perfeitos), têm como amigos íntimos praticamente só judeus e partilham o medo de acontecer outro Holocausto. Estes pais tendem a ser superprotectores, encorajando a visão do mundo como perigoso e a família como sendo o único meio de confiança.

Concretizando, de acordo com Matsakis (1996), os problemas psicológicos experienciados pelos filhos dos ex-combatentes do Vietname, resultado do PTSD dos pais, verificam-se geralmente em um dos seguintes contextos familiares: a mãe assume o papel de mãe solteira, devido ao afastamento emocional do marido; a mãe é cronicamente stressada ou deprimida, pelo que direcciona para o filho um suporte emocional excessivo; existe uma traumatização secundária, em que um ou mais filhos se sobreidentifica com o pai e apresenta sintomas semelhantes; existe uma superprotecção ou sobrevalorização das crianças pelo ex-combatente; há abuso físico e emocional das esposas e dos filhos; o consumo de álcool, drogas e PTSD está presente; e a mulher tem filhos de um casamento anterior. Estas categorias de famílias não se excluem mutuamente.

É de referir ainda que Matsakis (1996) e Rosenheck (1986) não consideram a traumatização secundária como um resultado inevitável que afecta todos os filhos dos veteranos de guerra. Por outro lado, segundo Matsakis (1996), este panorama tem mudado na última década. Muitos dos ex-combatentes têm assumido o cuidado dos netos, devido à indisponibilidade dos seus filhos para cuidarem das crianças e pelo facto das avós ainda estarem na vida activa, o que tem sido gratificante e terapêutico para muitos. Para alguns, esta situação representa a segunda oportunidade para serem bons pais e encontrarem prazer no papel parental.

Realidade Portuguesa

No nosso país não existem praticamente estudos sobre o impacto da PTSD dos ex-combatentes nas suas famílias, nomeadamente nas suas esposas e filhos.

Pereira & Ferreira (2006) e Pereira (2003) têm afirmado a existência de STSD e de sintomatologia comórbida nas esposas dos ex-combatentes. Os primeiros autores, numa amostra de 58 esposas, encontram 78% com sintomas de STSD e observaram que o diagnóstico dos ex-combatentes tem implicações ao nível da saúde e da psicopatologia mas não afecta as variáveis familiares e sociais, o que explica “a protecção da vida familiar que as esposas parecem fazer no sentido de assumirem o papel de gestoras do lar e dos filhos” (Williams, 1980, citado por Pereira & Ferreira, 2006, p. 43).

Lopes Pires et al. (2006) apresentam-nos também alguns dados, de natureza exploratória, sobre o desenvolvimento de mal-estar psicológico em cônjuges e filhos de ex-combatentes do Ultramar, no que respeita aos níveis de ansiedade, depressão e modos de lidar com emoções disfóricas. Numa amostra de 159 pessoas (72 ex-combatentes, 50 esposas e 23 filhos mais velhos e 13 filhos mais novos) encontram uma influência directa da sintomatologia dos ex-combatentes sobre a das suas esposas e da sintomatologia destas sobre os filhos, sobretudo a dos filhos mais velhos. Os autores avançam com a hipótese de que as mães poderão funcionar como intermediárias entre os distúrbios emocionais dos maridos e os efeitos destes nos filhos. Segundo Lopes Pires et al. (2006), o seu estudo acaba então por revelar que o principal impacto da sintomatologia dos ex-combatentes dá-se nas esposas, esbatendo-se depois de forma significativa nos filhos.

Estes filhos apresentam depressão, ansiedade, problemas de comportamento, insucesso escolar e imaturidade, o que pode estar associado a atitudes paternas de hiperprotecção, atitudes controladoras e rejeitantes, a rigidez e ao comportamento de agressividade do pai (Pereira, 1997).

Capítulo III – Trauma primário, secundário e comorbilidade

Traumatização primária (PTSD) ou traumatização secundária (STSD)?

A depressão, alienação e isolamento evidenciado pelas mulheres dos veteranos de guerra podem não estar apenas relacionados com a sintomatologia de PTSD dos seus maridos.

Nem todos os ex-combatentes são abusadores, mas concordando com Nelson e Wright (1996), a violência física acaba por ser uma realidade em algumas destas famílias, pelo que, esta situação constitui por si só um evento traumático para a esposa ou filhos do ex-combatente, se eles sofrerem de lesões físicas, emocionais e psicológicas.

Van Hasselt e Hersen (1998, citados por Neller et al., 2005) mencionam que existem quatro grandes teorias para compreender o comportamento violento: a teoria sociológica, que se foca no fenómeno social (Steinmetz, 1998); a teoria do comportamento, centrada nos processos da aprendizagem (Bandura et al., 1963; Huesmann & Eron, 1992; McCord, 1988; Patterson, 1982; Patterson et al., 1992); a abordagem psicanalítica, que enfatiza os fenómenos intra-psíquicos (Lerner, 1998) e; o modelo neuro-biológico, que explica a agressão através de alterações em determinadas áreas cerebrais⁹ (Brain, 1998; Elliott, 1998) (p. 152).

De acordo com Marzuk (1996, citado por Neller et al., 2005), a doença psiquiátrica pode aumentar a propensão para o comportamento violento. Têm sido

⁹ Os autores referem anomalias na área septal, no cortex orbito-frontal, no hipocampo, na amígdala, no tálamo, no hipotálamo e no cerebelo.

identificados alguns preditores na explicação da violência como o trauma, o estatuto socioeconómico, residir numa comunidade violenta, a idade jovem e o género masculino (Neller et al., 2005). De acordo Traft, Street, Marshall, Dowdall e Riggs (2007) alguns estudos têm sugerido que existe uma relação entre PTSD e a ocorrência de abuso do cônjuge, contudo, Krause, Kaltman, Goodman e Dutton (2006) ressaltam que nenhum estudo examinou ainda esta relação directamente.

Solomon et al. (1992) verificaram que 50 % das mulheres que participaram em grupos de suporte para esposas de veteranos de guerra referiram serem vítimas de violência conjugal. Muitas destas mulheres vivem em constante medo e na incerteza de quando será o novo episódio de agressão. Elas experienciam tensão crónica e sentimentos de “*medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror*” (DSM-IV-TR, 2002), comuns às vítimas de situações traumáticas. De acordo com Maloney (1988, citado por Nelson & Wright, 1996), *flashbacks* e pesadelos com episódios violentos do passado são sintomas que frequentemente estas mulheres apresentam. Elas sentem perda de controlo sobre a situação, tal como os ex-combatentes sentem a perda de controlo motivado pela PTSD.

Apesar das várias definições existentes, a maioria dos investigadores concorda que uma mulher “batida” é alguém que foi alvo de pelo menos duas ou três agressões físicas severas. O abuso físico pode incluir diversas formas de agressões corporais como bofetadas, bater, dar murros, atacar com armas ou com objectos cortantes, queimar, morder, empurrar, atirar contra a parede e pontapear (Walker, 1979; Savina, 1987, citado por Matsakis, 1996).

Como realça Matsakis (1996), agredir fisicamente não é um sintoma de PTSD mas, em alguns casos, pode estar relacionado com o quadro clínico. Se os ex-

combatentes defenderem o papel sexual masculino tradicional estereotipado, que dita que um “verdadeiro homem” é forte, não é emotivo nem se confunde, perante a emersão de emoções relacionadas com a guerra pode entrar em pânico. Confrontando-se com o sentimento de perda do controlo e da masculinidade (as emoções, excepto a raiva, são vistas como algo feminino), pode querer retomar o sentido de controlo afirmando a sua masculinidade agredindo. A agressão ajuda a libertar a adrenalina causada pela intensidade e turbilhão de emoções. A manifestação de poder pode ainda surgir através de comportamentos de controlo para com a esposa, remetendo para ordens excessivas, restrição financeira e imposição de isolamento social.

Os ex-combatentes abusivos fisicamente, diferem de outros abusadores pela sua experiência e treino militar para terem impulsos violentos. Por outro lado, muitos receberam treino intensivo em técnicas de combate. Em alguns casos, as situações de violência podem surgir no contexto de um *flashback*, em que a esposa é confundida com o inimigo, ou então é vista como o próprio inimigo, remetendo-nos para um quadro paranóide. De acordo com Matsakis (1996), a situação mais frequente que precipita mais violência familiar, é a de dependência económica ou emocional do ex-combatente para com a sua esposa. A autora acrescenta que, baseada na sua experiência clínica com esta população, a violência emerge quando a esposa não corresponde às expectativas do marido, quando ele se sente ameaçado pelas suas necessidades de intimidade ou quando se sente desautorizado.

Apesar de ser uma dinâmica que também existe noutras famílias, esta será mais prevalente nos casos em que o ex-combatente sofre de PTSD não tratada, sofre de extremo embotamento afectivo, tem sentimentos de poder e tem dificuldade em ajustar-se às mudanças recentes do papel da mulher. Neste sentido, quando as atitudes da

esposa contradizem as suas crenças acerca de como uma mulher se deve comportar, o ex-combatente pode passar à agressão para restabelecer os papéis sexuais tradicionais, colocando-se numa posição mais confortável e de dominância. As situações de violência familiar são mais frequentes nos casos em que o ex-combatente tem consumos excessivos ou é dependente de álcool ou drogas, sofre de doenças neurológicas, tem uma perturbação de carácter ou é paranóide.

Segundo a autora, as situações de abuso por parte dos ex-combatentes com PTSD tornam-se mais esporádicas e menos frequentes quando este aprende a lidar com as emoções e com o trauma de guerra construtivamente. Aprendendo a ter orgulho em si, como ex-combatente e como uma pessoa competente, a sua necessidade de bater para sentir poder diminui. Contudo, esta situação pode ser mais difícil para aqueles ex-combatentes que nasceram em meios familiares violentos, em que viram as suas próprias mães a serem agredidas, e acabam por utilizar a violência como um mecanismo de coping. Se a sua mãe passou a maior parte do tempo a evitar ser agredida ou a defender-se das agressões, é possível que o ex-combatente tenha sofrido de carência física e emocional durante a infância. Ao casar, vai procurar na esposa a mãe que nunca teve e se esta não corresponder às suas necessidades isso vai deixá-lo furioso (Matsakis, 1996).

Relatando novamente a sua experiência com esposas de veteranos do Vietname, Mastakis (1996) refere que estas mulheres já foram agredidas pelo menos uma vez. Um quarto, enquadram-se na categoria de mulheres sujeitas a abuso financeiro, emocional e físico por parte dos seus maridos (*e.g.* empurradas pelas escadas abaixo, contra a parede, ameaçadas e cortadas com facas, privadas de comer, violadas, agredidas durante a gravidez com murros na barriga). As mulheres agredidas, tal como os seus maridos,

têm a tendência de culpar a guerra pela violência familiar, mas esta não pode ser atribuída totalmente à PTSD do ex- combatente.

Relativamente aos filhos, tal como acontece noutros meios familiares, mesmo que a criança não seja directamente envolvida na violência, ela sofrerá danos psicológicos por ver a mãe a ser agredida. Por outro lado, a violência doméstica tende a entrar em escalada com o tempo e a criança pode vir a tornar-se num adulto vítima ou agressor. Tal como os filhos de alcoólicos, a criança que vive num meio familiar violento, tende a sentir-se responsável pelos conflitos. Na adolescência podem tornar-se auto-destrutiva, ter problemas de comportamento, com fugas constantes de casa e ter outros problemas psicológicos. Estão especialmente em risco, tal como as suas mães, de desenvolver PTSD e depressão clínica.

Krause et al. (2006), citam um estudo com veteranos de guerra do Vietname (Orcutt, Erickson & Wolfe, 2002) em que os seus autores verificaram que a PTSD dos ex-combatentes podia constituir um factor de risco para a violência conjugal. Num estudo com 60 ex-combatentes do Vietname, em que 18 tinham PTSD, Traft et al. (2007) observaram que havia uma relação significativa entre a PTSD e a perpetração de abuso físico e psicológico. No entanto, os autores apuraram que era a variável cólera traço que mediava esta relação e não a cólera estado, associada à activação das memórias traumáticas. Assim, estes resultados sugerem que a característica disposicional de cólera/zanga, associada à PTSD, constitui um factor de risco para o abuso do cônjuge. Por sua vez, Mikulincer e colaboradores (1995) verificaram que a intimidade marital pode moderar a relação entre sintomatologia do trauma primário e desenvolvimento de stress traumático secundário. Adicionalmente, Golding (1999,

citado por Krause, et al., 2006) refere uma prevalência de PTSD de 31% a 84.4%, entre as vítimas de parceiros violentos.

É de considerar também que estas mulheres podem já ter sido vítimas de outros acontecimentos traumáticos nas suas famílias de origem, como abuso físico, emocional ou sexual. Estas experiências prévias, quando combinadas com um relacionamento com um ex-combatente com PTSD, podem despoletar imenso stress. Maloney (1988, citado por Nelson & Wright, 1996) alerta para os padrões de relacionamento que estas mulheres tinham com os seus pais, em que a relação com a mãe era conflituosa e com o pai idealizada. No seu estudo com mulheres de veteranos o autor observou que estas mulheres descreviam as mães como independentes e auto-suficientes e os pais como vitimas e dependentes, padrões esses que poderão ter sido transmitidos para a segunda geração. Assim, é possível que a traumatização secundária e a traumatização primária (associada às experiências de violência conjugal e às experiências prévias com a família de origem), contribuam para o aumento de desenvolvimento de sintomatologia de PTSD nestas mulheres (Nelson & Wright, 1996).

Perante o exposto, confrontamo-nos com uma questão bastante relevante. Nestas famílias podemos falar de STSD, sintomatologia transmitida por contágio ou por outro mecanismo associado à exposição de PTSD do ex-combatente, ou é mais prudente falarmos de PTSD nas esposas e nos filhos, porque estes estão expostos a traumas directos, como é o caso da violência doméstica?

PTSD e sintomatologia comórbida

Após a vivência de um trauma, existem outras perturbações psicológicas, para além do PTSD, que são frequentemente diagnosticadas.

Vaz Serra (2003) enumera outros quadros clínicos que podem ocorrer após a exposição a um acontecimento traumático, como as perturbações de adaptação, as depressões e os problemas de comportamento. A literatura também descreve a ocorrência de perturbações de personalidade e quadros psicóticos, que podem surgir na sequência da vivência de um trauma. Por exemplo, Iruarrizaga et al. (2004), numa amostra de 117 indivíduos que vivenciaram o atentado do 11 de Março em Madrid, verificaram que 45.53% dos sujeitos da amostra sofreram de ataques de pânico durante ou logo após o atentado terrorista (especialmente quando receberam más notícias), 31.3% apresentaram depressão major, 35.9% sofriam de PTSD e outros evidenciavam abuso de tabaco, álcool e drogas. Numa amostra de 402 sujeitos, Lauterbach (2001) verificou que os indivíduos com PTSD apresentavam níveis mais elevados nas escalas de personalidade borderline, narcisista, paranóide, passivo-agressiva, derrotista e esquizotípica.

Na guerra, os ex-combatentes depararam-se com situações de privação alimentar, ausência de cuidados médicos, vivência de situações horrendas (mortes, combates, ferimentos), medo constante, privação sexual, social, familiar e comunitária. Após o seu regresso, muitos enfrentaram dificuldades de reintegração social, familiar e profissional, reivindicando ainda hoje que “sejam lembrados porque combateram pela sua pátria e esta virou-lhes as costas”.

Os efeitos cumulativos destes stressores levam ao desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos, que acompanham muitas das vezes o quadro clínico de PTSD nestes indivíduos. Portanto, outras perturbações comórbidas podem surgir, e ser entendidas por exemplo como resultado de coping mal adaptativo subsequente à PTSD.

A ansiedade, a depressão e outros problemas (abuso de substâncias, problemas cognitivos, problemas de saúde e problemas interpessoais) têm sido identificados como tendo mais comorbilidade com a PTSD (Chilcoat & Menard, 2003; Joseph, Williams e Yule, 1997, citado por Maia, 2006). McFarlane e Papay (1992, citado por Maia, 2006), numa amostra de sujeitos com PTSD, verificaram que 80% dos indivíduos tinham outras perturbações.

Existem estudos epidemiológicos que mostram que a PTSD se desenvolve na sequência de um trauma, em que a depressão (53-78%) e o abuso de substâncias (53-84%) podem surgir paralelamente à PTSD (Resick, 2000). Os estudos com populações de risco, têm demonstrado que as perturbações mais frequentemente comórbidas com a PTSD são o abuso de substâncias (73%), a depressão major (26%) e a distímia (21%) (Kulka et al., 1990, citado por Resick, 2000).

Estudos recentes têm confirmado que indivíduos com PTSD têm, tipicamente, três vezes mais probabilidade de terem membros familiares com queixas de ansiedade, depressão, psicoses e comportamento anti-social (Yehuda et al., 2001). Autores como Davidson, Smith e Kulder (1989), encontraram uma associação entre a PTSD e famílias com níveis de ansiedade mais elevados quando comparados com um grupo de controlo.

Depressão e Ansiedade

A depressão representa uma das manifestações psicológicas mais associadas à vivência de acontecimentos traumáticos (Kessler, 1997, citado por Zavaschi, 2003).

Blazer (2000, citado por Zavaschi, 2003) refere taxas que variam entre os 4 a 10% na população em geral, acrescentando que a prevalência tem aumentado nos estudos ao longo dos últimos anos. Alguns autores têm associado a não adesão à terapêutica de doentes deprimidos a sequelas de traumas psicológicos, ocorridos essencialmente na infância. Yehuda et al. (2001) reforçam igualmente que nos indivíduos com PTSD existe história de psicopatologia familiar, normalmente a depressão.

A maioria dos indivíduos traumatizados, e principalmente os veteranos de guerra, encontram-se cronicamente deprimidos, com baixa auto-estima e com sentimento de rejeição por parte dos outros. As suas esposas, que sacrificam as suas necessidades em prol da família, acabam por sofrer da armadilha de compaixão (Williams, 1980, citado por Pereira, 2003), evidenciando ansiedade, sensação de desesperança e baixa auto-estima. Nelson (1996, citado Pereira & Ferreira, 2006) refere que é este papel de sobrerresponsabilidade, de gestão do lar e dos filhos, em que as necessidades dos outros têm maior precedência sobre as suas, surge associado a maior depressão e ansiedade nestas mulheres.

Matsakis (1996) menciona que muitas das esposas dos veteranos de guerra com quem tem trabalhado demonstram uma zanga considerável, contra os maridos, contra elas próprias e contra a sua vida em geral. O resultado mais comum dessa zanga, muitas das vezes reprimida, é a depressão. Também Westerink & Giarratano (1999),

verificaram que as famílias de ex-combatentes australianos, da Guerra do Vietname, experienciavam mais conflitos e as suas parceiras eram mais depressivas quando comparadas com um grupo de controlo

Segundo Matsakis (1996), os filhos internalizam a sua zanga através do pai, da mãe ou da situação familiar. A autora refere que os filhos deprimidos podem igualmente estar zangados com eles próprios, por não conseguirem aliviar o sofrimento emocional e a ansiedade dos pais e outros problemas familiares, pelo que, a zanga reprimida pode emergir através de comportamentos de auto-mutilação (*e.g.* dar cabeçadas, queimar-se, beliscar-se, puxar os cabelos, morder as unhas), ideação suicida e comportamentos impulsivos com agressividade. Em muitos dos casos a auto-mutilação é uma estratégia de coping para lidar com a dor e o suicídio surge como a forma de culpar o pai por não o amar. De acordo com o departamento de investigação do *Vet Center*, o comportamento agressivo dos filhos é mais comum do que a auto-mutilação e ambos os sintomas, com a ideação suicida, são mais frequentes em rapazes do que em raparigas, dado que se apurou junto dos filhos de mães acompanhadas em terapia de grupo.

Yehuda et al. (1998; 2001), também demonstram que existe uma associação entre a PTSD dos pais e a ocorrência de PTSD nos filhos. Adicionalmente, quanto mais grave é a PTSD parental, maior é a ocorrência de perturbação depressiva ao longo da vida na segunda geração, ou seja, os autores observaram que estes filhos apresentavam mais perturbações depressivas (56%) do que PTSD (29%). Contudo, a identificação com a PTSD parental, constitui um factor de risco para o desenvolvimento de PTSD na segunda geração.

Para além das diversas teorias existentes para a depressão (é a zanga auto-dirigida, resulta de auto-avaliações negativas, resulta de ausência de reforço do meio ambiente),

Matsakis (1996) recorda que a depressão também se pode desenvolver em consequência de mudanças psicológicas e bioquímicas, resultado da vivência de um trauma ou de stress crónico.

Alguns estudos, como o de Smith e Spitznagel (citado por Iruarrizaga et al., 2004), sobre o impacto de um tiroteio em 113 pessoas (ocorrido em 1991 no Texas), têm encontrado uma correlação significativa entre a PTSD e a depressão.

O Problema de Investigação e formulação de hipóteses

Tendo por base as evidências empíricas, anteriormente descritas, acerca da traumatização secundária nas famílias dos ex-combatentes, e dada a escassez de dados relativos à nossa população, no que se refere às famílias dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), o presente trabalho propõe-se avaliar o impacto da PTSD dos ex-combatentes portugueses nas suas esposas e nos seus filhos. Assim, formulamos a seguinte questão de investigação:

A Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) dos ex-combatentes é preditora de Perturbação Secundária de Stress Traumático (PSST) e de sintomatologia comórbida nas suas esposas e nos seus filhos?

Considerando a revisão da literatura, o presente trabalho tem por base o modelo teórico apresentado por Figley (1998), que conceptualiza a Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) como resultado do envolvimento íntimo e da exposição à sintomatologia e às reacções emocionais do ex-combatente.

Neste contexto, procura-se testar as seguintes hipóteses:

H1 - A sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas:

H1a) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD das esposas;

H1b) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da depressão das esposas;

H1c) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da ansiedade estado das esposas;

H2 - A sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H2a) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD dos filhos;

H2b) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da depressão dos filhos;

H2c) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da ansiedade estado dos filhos;

H2d) a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da ansiedade traço dos filhos;

H3 - A sintomatologia de STSD e comórbida das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H3a) a sintomatologia de STSD das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H3b) a sintomatologia de depressão das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H3c) a sintomatologia de ansiedade estado das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H3d) a sintomatologia de ansiedade traço das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H4 - O perfil de sintomas das esposas é semelhante ao observado nos Ex-Combatentes com PTSD, embora menos severo;

H5 - Os filhos apresentam menor perturbação psicológica que as mães;

H6 - A sintomatologia de STSD e comórbida das esposas medeia a relação entre a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes e a sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos;

H7 - A sintomatologia de STSD e comórbida das esposas modera a relação entre a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes e a sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítul IV – Objectivos e Metodologia

Identificação dos Objectivos

A investigação sobre a STSD em Portugal, com famílias de ex-combatentes, ainda é escassa. O estudo de Pereira e Ferreira (2006) detectou (numa amostra de 58 esposas de ex-combatentes) 78% de mulheres com sintomas de STSD e Lopes Pires e colaboradores (2006), numa amostra de 159 pessoas (72 ex-combatentes, 50 esposas e 23 filhos mais velhos e 13 filhos mais novos) encontram um impacto significativo da sintomatologia dos ex-combatentes sobre as suas esposas, esbatendo-se depois nos filhos¹⁰.

O presente estudo, enquadrado numa perspectiva empirista ou positivista, pretende ser de natureza exploratória e descritiva. Através de uma investigação quantitativa, correlacional e comparativa, pretende-se avaliar o impacto da PTSD dos ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial nas suas esposas e nos seus filhos, bem como a influência da sintomatologia evidenciada por estas mães sobre a sintomatologia dos seus filhos.

¹⁰ Os autores (Lopes Pires et al., 2006), verificaram que a influência verificava-se sobretudo nos filhos mais velhos.

Método

Procedimento

Com o objectivo de realizar a presente investigação, solicitou-se autorização à Direcção da APOIAR- Associação dos Ex-Combatentes Vítimas do Stress de Guerra, para a realização da mesma, explicando os objectivos do estudo e os procedimentos a adoptar.

Após definidos os procedimentos da recolha de dados, solicitou-se igualmente a colaboração da equipa técnica (dois Psicólogos, Psiquiatra e Assistente Social), para a selecção da amostra e para a aplicação dos instrumentos de investigação. Todos os participantes foram previamente contactados (pessoalmente ou por telefone) para participarem no estudo. Após o seu consentimento informado o protocolo foi preenchido e recolhido na APOIAR ou, em situações de dificuldade de deslocação às instalações da Associação, foi remetido e devolvido pelo correio.

A recolha dos dados decorreu entre Janeiro e Julho de 2008. Foram distribuídos cerca de 300 questionários a 100 famílias. Das 72 famílias completas que responderam (em que os três elementos preencheram o protocolo) foram seleccionadas 66 por preencherem os critérios de inclusão.

Participantes

Participaram neste estudo 66 famílias de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), num total de 198 sujeitos. Trata-se de uma amostra de conveniência e é constituída por ex-combatentes do Ultramar (casados ou a viver maritalmente, com e sem PTSD) pelas suas mulheres e pelo filho mais velho do casal¹¹, com idade superior a 18 anos.

As 66 famílias foram inicialmente agrupadas em dois grupos: o Grupo 2 em que o ex-combatente tem o diagnóstico clínico de PTSD e o Grupo 1 em que o ex-combatente não tem esse diagnóstico efectuado.

Um dos critérios de inclusão na amostra, de forma a controlarmos a variável PTSD, relacionou-se com o facto dos ex-combatentes, de ambos os grupos, já terem tido ou terem acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico na APOIAR, desde 2003 a 2008. Outra condição necessária era o ex-combatente e a sua esposa serem os progenitores biológicos do filho avaliado.

A informação sócio-demográficas da amostra é apresentada nos quadros 1, 2 e 3.

¹¹ Sempre que foi possível esta condição foi verificada, o que corresponde à maioria dos casos.

Quadro 1- Descrição dos ex-combatentes

	Medidas		
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão (DP)</i>	<i>Intervalo Mínimo-Máximo</i>
Idade	60.55	3.709	55-68
Casado há quantos anos?	34.85	5.591	18-45
	N		%
Sexo			
Masculino	66		100.0
Estado Civil			
Casado	65		98.5
Divorciado	1		1.5
Total	66		100.0
Filhos			
1	23		34.8
2	38		57.6
3	5		7.6
Total	66		100.0
Habilitações Literárias			
Menos do que a 4ª classe	2		3.0
4ª classe	36		54.5
Menos do que o 9º ano	7		10.6
9º ano	7		10.6
10º ano	1		1.5
11º ano	1		1.5
12º ano	5		7.6
Bacharelato	2		3.0
Licenciatura	3		4.5
Outra	2		3.0
Total	66		100.0
Situação Laboral			
Activo	13		19.7
Desempregado	4		6.1
Reformado	45		68.2
Outra	4		6.1
Total	66		100.0
Acompanhamento Psicológico			
Não	5		7.6
Sim	61		92.4
Total	66		100.0
Acompanhamento Psiquiátrico			
Não	8		12.1
Sim	58		87.9
Total	66		100.0
Diagnóstico de PTSD			
Não	33		50.0
Sim	33		50.0
Total	66		100.0

No que concerne aos 66 ex-combatentes (Quadro 1), 65 (98.5%) são casados¹², a maioria (57.6%) têm dois filhos e a sua idade média é de 60 anos. A 4ª classe é o nível de escolaridade mais verificado (54.5%), 68.2% dos sujeitos já estão reformados e uma percentagem altamente significativa já teve ou tem acompanhamento psicológico (92.4%) e/ou psiquiátrico (87.9%).

Quadro 2- Descrição das esposas

	Medidas		
	Média	Desvio Padrão (DP)	Intervalo Mínimo-Máximo
Idade	57.70	4.671	48-66
Casada há quantos anos?	34.85	5.591	18-45
	N		%
Sexo			
Feminino	66		100.0
Estado Civil			
Casada	65		98.5
Divorciada	1		1.5
Total	66		100.0
Filhos			
1	23		34.8
2	38		57.6
3	5		7.6
Total	66		100.0
Habilitações Literárias			
Sem escolaridade	1		1.5
Menos do que a 4ª classe	4		6.1
4ª classe	32		48.5
Menos do que o 9º ano	7		10.6
9º ano	11		16.7
10º ano	1		1.5
12º ano	6		9.1
Bachelorato	2		3.0
Licenciatura	2		3.0
Total	66		100.0
Situação Laboral			
Activa	28		42.4
Desempregada	8		12.1
Reformada	20		30.3
Outra	10		15.2
Total	66		100.0

¹² Um dos sujeitos, apesar de estar legalmente divorciado está novamente a viver maritalmente com a ex-mulher, mãe do filho avaliado.

Acompanhamento Psicológico		
Não	35	53.8
Sim	30	46.2
Total	65	100.0
Acompanhamento Psiquiátrico		
Não	43	65.2
Sim	23	34.8
Total	66	100.0
Marido com diagnóstico de PTSD		
Não	33	50.0
Sim	33	50.0
Total	66	100.0

As esposas (Quadro 2) têm uma idade média de 58 anos, têm predominantemente a 4ª classe (48.5%) e estão no activo (42.4%). Das 66 esposas, 46.2% referem ter ou já ter tido acompanhamento psicológico e 34.8% acompanhamento psiquiátrico.

Quadro 3- Descrição dos filhos

	Medidas		
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão (DP)</i>	<i>Intervalo Mínimo-Máximo</i>
Idade	32.23	5.675	18-43
Sexo	N		%
Masculino	25		37.9
Feminino	41		62.1
Total	66		100.0
Estado Civil			
Solteiro(a)	22		33.3
Casado(a)	32		48.5
Divorciado(a)	2		3.0
Vive com companheiro(a)	8		12.1
Outro	2		3.0
Total	66		100.0
Filhos			
0	30		45.5
1	18		27.3
2	16		24.2
3	2		3.0
Total	66		100.0

Habilitações Literárias		
Menos do que o 9º ano	2	3.0
9º ano	8	12.1
11º ano	3	4.5
12º ano	22	33.3
Bachelorato	1	1.5
Licenciatura	26	39.4
Mestrado	1	1.5
Outra	3	4.5
Total	66	100.0
Situação Laboral		
Activo(a)	54	81.8
Desempregado(a)	5	7.6
Outra	7	10.6
Total	66	100.0
Acompanhamento Psicológico		
Não	44	66.7
Sim	22	33.3
Total	65	100.0
Acompanhamento Psiquiátrico		
Não	54	81.8
Sim	12	18.2
Total	66	100.0
Pai com diagnóstico de PTSD		
Não	33	50.0
Sim	33	50.0
Total	66	100.0

Relativamente aos filhos (Quadro 3), que têm uma idade média de 32 anos, a maioria são do sexo feminino (62.1%), predominantemente são casados (48.5%), sem filhos (45.5%), têm uma licenciatura (39.4%) e estão activos profissionalmente (81.8%). A maior parte dos filhos não teve nem tem acompanhamento psicológico (66.7%) e/ou psiquiátrico (81.8%).

Instrumentos de Avaliação

Os dados do presente estudo foram recolhidos através de uma metodologia quantitativa, com recurso a um questionário (Anexos). Tendo em conta a questão de investigação definida (“A PTSD dos ex-combatentes é preditora de STSD e de

sintomatologia comórbida nas suas esposas e nos seus filhos?”), na constituição do questionário foram utilizados três instrumentos de avaliação: a *PTSD Checklist* (PCL), o Inventário da Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI).

Considerando a revisão da literatura, que descreve a presença de sintomatologia de STSD e de sintomatologia comórbida nas famílias dos ex-combatentes traumatizados, utilizámos a *PTSD Checklist* (PCL) para avaliar a presença actual de sintomatologia traumática, quer nos ex-combatentes, quer nas suas esposas e nos seus filhos. Por sua vez, o BDI foi utilizado para avaliar a presença de indicadores clínicos desta síndrome e a STAI (Forma1 e Forma2) para apurar a presença de ansiedade estado e de ansiedade traço em cada um dos elementos da família.

TEQ

A vivência de situações traumáticas, por parte dos familiares dos ex-combatentes (esposas e filhos) será identificada e avaliada através do *Traumatic Events Questionnaire* (TEQ), de Vrana & Lauterbach (1994), versão traduzida e adaptada por Martinho de Oliveira & Marques Pinto (2007).

Este questionário avalia 11 traumas retirados do DSM-II-R: combate; fogo/explosão; acidentes industriais graves; ataque sexual/violação; desastre natural; crime violento; relações adultas abusivas; abuso físico/sexual na infância; testemunhar alguém a ser mutilado; magoado ou morto violentamente; outras situações de vida ameaçadoras; morte violenta ou inesperada de um ente querido (Maia & Fernandes,

2003). A escala é ainda composta por duas questões não específicas: “Vivenciou algum outro grande acontecimento traumático como estes?”; e “Vivenciou outros acontecimentos como estes dos quais sente que não pode falar (nota: não tem de descrever a situação)?”.

Na adaptação e tradução para português, e considerando o objectivo central do presente estudo, procedeu-se à alteração da questão nº 6 (de ‘Em adulto alguma vez esteve num relacionamento em que fosse abusado(a) fisicamente ou de outra forma?’ para “Alguém, incluindo membros da sua família, já o(a) agrediu sem arma, espancou ou agarrou com força”), de modo a especificar o melhor possível o acontecimento traumático, e à introdução do item “Já esteve exposto(a) a reacções emocionais ou comportamentos negativos (por exemplo irritabilidade, acessos de cólera, isolamento, revivência do trauma) de algum ente querido (cônjuge, pai/mãe) com Perturbação de Stress Pós-Traumático? ”, no sentido de avaliar a exposição da família ao trauma do ex-combatente.

Cada questão avalia dimensões como a idade, a ameaça contra à vida, em que medida é que foi traumático na altura e em que medida é que é traumático actualmente, sendo que, algumas dessas dimensões são avaliadas de acordo com uma escala de severidade, numa escala de Likert de 1 (“Muito Pouco”) a 6 (“Extremamente”).

Numa análise teste-reteste da escala, com uma amostra de 51 estudantes, Vrana & Lauterbach (1994, citado por Norris & Hamblen, 2004) observaram uma fiabilidade elevada da escala total (.91)

PTSD e STSD

A PTSD *Checklist* (PCL), desenvolvida por Weathers et al. (1993), foi traduzida e adaptada por Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006, citado por Gonçalves, 2007). No presente estudo, foram utilizadas duas das versões da escala: a PCL-M versão militar (ex-combatentes) e a PCL-C versão civis (ligeiramente alterada para as esposas e filhos).

Esta escala é referida na literatura como sendo o segundo teste mais utilizado em investigação (16%; CAPS com 23%), no que se refere à avaliação de PTSD, sendo útil na avaliação da severidade dos sintomas e no diagnóstico de PTSD (valor dos sintomas igual a *score* de 3 ou superior) (Elhai et al., 2005).

A PCL, que permite avaliar os 17 sintomas fundamentais para o diagnóstico de PTSD, segundo o DSM-IV-TR (2002), é composta por frases como: ‘Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acontecimento traumático’; ‘Sonhos perturbadores e repetitivos referentes ao acontecimento traumático’; ‘Perda de interesse por actividades de que antes costumava gostar’; e ‘Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria’. De acordo com os autores, as questões podem ser formuladas genericamente, acerca da vivência de experiências stressantes do passado (PCL-C) ou podem descrever reacções a um acontecimento específico (PCL-M).

A resposta aos 17 itens é dada numa escala de Likert de 5 pontos (1 = “Nada” a 5 = ‘Extremamente’) em que é pedido ao indivíduo para assinalar em que medida apresentou os sintomas elencados no último mês. A administração da escala demora

aproximadamente 10 minutos, o que foi relevante na escolha do instrumento (por exemplo, o CAPS, demora 60 minutos). No que respeita à cotação, esta pode ser efectuada de três formas: através da soma dos 17 itens (*score* entre 17 e 85); através da soma de itens de sub-escalas (Critério B (1-5); Critério C (6-12); Critério D (13-17); ou contar os itens com *score* de 3 ou superior¹³.

A PCL já foi utilizada em diversos contextos, nomeadamente com veteranos de guerra, vítimas de assédio sexual, mães de vítimas de cancro e acidentes de viação (Gonçalves, 2007). O instrumento apresenta excelentes qualidades psicométricas, sendo referida uma boa consistência interna global dos 17 sintomas (alfas de .96 a .97) e dos *clusters* de sintomas (Critério B com alfas de .90 a .93; Critério C com alfas de .89 a .92; e Critério D com alfas de .91 a .92). No que concerne à validade convergente, a escala revela uma correlação com outras medidas de PTSD, variando entre .77 e .93 e quanto ao teste-reteste observa-se um alfa de .96 (Norris & Hamblen, 2004).

Fazendo referência a dados da tradução portuguesa, Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006, citado por Gonçalves, 2007) encontram igualmente bons valores de alfa a nível da consistência interna da PCL (17 sintomas com alfa de .948; Critério B com alfa de .895; Critério C com alfa de .887 e Critério D com alfa de .899).

Na presente amostra, a análise de consistência interna revelou boas qualidades psicométricas (Quadro 4), em que os alfas encontrados apresentam valores semelhantes aos alfas dos autores mencionados anteriormente (Quadro5).

¹³ Este método permite-nos apurar a presença do diagnóstico de PTSD: após contar os itens com *score* 3 (moderado) ou superior como um sintoma de PTSD, segue-se as regras de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), isto é, tem de se verificar pelos menos um sintoma do critério B (re-experienciar), pelo menos três do critério C (evitamento) e pelo menos dois sintomas do critério D (hiperactivação).

Quadro 4- Alfas de Cronbach, correlações inter-item e item-total do PCL

Fiabilidade da escala	Alfa	Correlação inter-items			Correlação item-teste	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Severidade PTSD	.957	.304	.782	.564	.513	.821
Critério B	.915	.609	.753	.683	.760	.814
Critério C	.891	.377	.750	.540	.510	.767
Critério D	.901	.572	.782	.646	.687	.824

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max= Máximo

Quadro 5- Alfas de Cronbach do PCL

	Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006)		Nossa Amostra
Severidade PTSD (17 itens)	.96 a .97	.948	.957
Critério B (5 itens)	.90 a .93	.895	.915
Critério C (7 itens)	.89 a .92	.887	.891
Critério D 5 itens)	.91 a .92	.899	.901

Depressão

Para medir a presença de humor disfórico e outros sintomas da Depressão foi aplicado o BDI (*Beck Depression Inventory*) de Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961), aferido para a população portuguesa por Adriano Vaz Serra & Pio Abreu (1973).

Trata-se de um escala de auto-avaliação com 21 itens que pretende avaliar a forma como o doente se sente, permitindo assim diferenciar todos os elementos de uma

população deprimida, em confronto com outros elementos de populações não deprimidas. Cobre aspectos da depressão como a tristeza, o pessimismo, a sensação de falhar, a insatisfação, a culpa, a expectativa da punição, o facto de não gostar de si mesmo, a culpabilização, a ideação suicida, o choro, a irritabilidade, o isolamento social, a indecisão, a distorção da imagem corporal, os problemas a nível do trabalho, a insónia, a fadiga, a anorexia, a perda de peso, a preocupação somática e a perda da libido (Beck et al, 1961).

Cada item deve ser respondido num conjunto de 4 ou 5 afirmações que o sujeito deve seleccionar de acordo com o seu estado de espírito actual. Em cada uma das categorias de resposta, as afirmações estão enumeradas de forma crescente de gravidade (inexistente, leve, moderado e grave), cotadas de 0 a 3 pontos, mostrando a primeira afirmação a ausência de sintoma. Por exemplo, para o item B são apresentadas as afirmações “Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro” (cotação 0), “Choro mais agora do que costumava” (cotação 1), “Sinto que seria melhor morrer” (cotação 2), ou “Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar” (cotação 3).

O resultado final do Inventário, é obtido através da soma de cada um dos 21 itens num total de 63 pontos e segundo Beck a cotação é a seguinte: 0-9 Não Deprimido; 10-20 Depressão Leve (10-17 Disforia; 17-20 Estado Depressivo Leve); 20-30 Depressão Moderada e 30-63 Depressão Grave.

Este Inventário é um instrumento sensível de análise do quadro depressivo, tornando-o especialmente útil em investigação e são muitos os estudos que comprovam a validade do instrumento. Este teste apresenta uma elevada consistência interna, com um coeficiente alfa médio de .86 (pacientes psiquiátricos) e de .81(sujeitos que não são

pacientes psiquiátricos), verificando-se valores superiores a .90 no que se refere às correlações teste-reteste (Beck, Steer & Garbin, 1988). Richter et al. (1998) referem igualmente uma elevada consistência interna do BDI, quer para amostras psiquiátricas, quer para amostras não psiquiátricas, com alfas de Cronbach respectivamente de .88 e .89, sendo superior a .75 na maior parte dos estudos.

Em diversos estudos realizados com a escala, desde 1961 até 1986, Beck e colaboradores (1988) demonstraram que a validade convergente do BDI era bastante elevada, sendo que, as correlações médias para pacientes psiquiátricos com outra escala de avaliação da depressão (Escala de Hamilton) são de .70 e para os pacientes não psiquiátricos são superiores a .74. Beck (1972) acrescenta ainda que a validade concorrente é moderada a alta.

As análises factoriais do BDI apresentam habitualmente três factores intercorrelacionados (atitudes negativas ou suicídio, distúrbios fisiológicos e dificuldades de realização) (Beck et al., 1988). No que se refere à variância explicada para cada um dos factores, os autores não disponibilizam esses dados.

A selecção deste teste, entre os vários instrumentos de avaliação, deu-se por estar aferido para Portugal e apresentar índices de fidelidade e validade razoáveis, para além de que tem um leque amplo de itens que reflectem a vária sintomatologia da depressão. McIntyre e Araújo-Soares (1999), numa amostra de 69 doentes com dor crónica, encontraram um valor alfa de .86, indicando uma fiabilidade elevada da escala nesta amostra. Da análise factorial derivam duas sub-escalas: uma dimensão cognitiva da depressão (treze itens) e uma dimensão somática da depressão (oito itens), com alfas de Cronbach de .84 e .76 respectivamente. As correlações observadas entre as duas sub-

escalas e o total da escala também são elevadas, verificando-se um $r = .804$ para a sub-escala dimensão fisiológica e $r = .910$ para a sub-escala da dimensão cognitiva.

Para o presente estudo, o BDI apresentou uma boa consistência interna (Quadro 6), com um valor de alfa superior ao encontrado nos estudos mencionados anteriormente (Quadro 7).

Quadro 6- Alfas de Cronbach, correlações inter-item e item-total do BDI

Fiabilidade da escala	Alfa	Correlação inter-itens			Correlação item-teste	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
BDI	.923	.111	.659	.364	.360	.753

Nota. *M*=Média; *DP*=Desvio Padrão; *Min*=Mínimo; *Max*= Máximo

Quadro 7- Alfas de Cronbach do BDI

	Beck, Steer & Garbin, (1988)		Richter et al. (1998)		McIntyre e Araújo- Soares (1999)	Nossa Amostra
	Amostra não psiquiátrica	Amostra psiquiátrica	Amostra não psiquiátrica	Amostra psiquiátrica		
BDI	.81	.86	.89	.88	.86	.923

A versão utilizada no presente estudo é a aferida por Adriano Vaz Serra e Pio Abreu (1973), onde é sugerido o valor de 12, como ponto de corte, acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e a deprimida. De acordo com os autores, os valores para a população portuguesa são: 0-11 Ausência de Depressão; 12-17 Depressão Ligeira; 18-24 Depressão Moderada e 25-63 Depressão Grave.

Ansiedade

A ansiedade foi avaliada através do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI Form) criado por Spielberger, Goruch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983), versão traduzida por Américo Baptista (1986).

Este questionário é composto por duas escalas (Y-1 e Y-2), uma de ansiedade-traço, que mede a predisposição para a ansiedade, e a outra de ansiedade-estado, que mede os sentimentos de ansiedade transitórios. Cada escala é constituída por 20 itens, que avaliam como é que a pessoa se sente no momento (Forma 1) e como se sente habitualmente (Forma 2) e é composto de frases como “Sinto-me calmo”, “Sinto-me nervoso”, “Falta-me auto-confiança” e “Estou feliz”.

Não existe limite de tempo mas a aplicação demora cerca de 10 minuto. Tendo em consideração a sugestão dos autores (Spielberger et al., 1983), relativamente à aplicação das duas escalas dadas em conjunto, pedimos que a escala-estado seja preenchida primeiro, pois esta é mais sensível às condições sob as quais o teste é administrado.

A escala é constituída por quatro factores: presença de ansiedade-estado, ausência de ansiedade-estado, ausência de ansiedade-traço e presença de ansiedade-traço. Os sujeitos devem responder, sem demorar muito em cada item, baseando-se numa escala de 1 a 4 pontos (1=Nada; 2= Um pouco; 3= Moderadamente e 4= Muito, no caso da ansiedade-estado, e 1= Quase nunca; 2= Algumas vezes; 3= Frequentemente e 4= Quase sempre, na ansiedade-traço). Os valores de pontuação para os itens de ausência de ansiedade são inversos, isto é, respostas marcadas 1, 2, 3 ou 4 são cotadas inversamente com 4, 3, 2 e 1 respectivamente, quer na escala ansiedade-estado (itens 1,

2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), quer na escala de ansiedade-traço (21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39). A pontuação para ambas as escalas, que pode variar entre um mínimo de 20 e um máximo de 80, é-nos dada pela soma dos 20 itens de cada escala, considerando a inversão de alguns itens.

A Forma Y apresenta melhores qualidades psicométricas que a Forma X (para ambas as escalas) e o número de itens de ansiedade presente e ausente na Forma Y surge mais equilibrado, tal como a estrutura factorial que se apresenta mais coerente e susceptível de replicação. Estudos sobre a estrutura factorial deste teste distinguiram claramente a ansiedade-estado da ansiedade-traço Segundo Spielberger et al. (1983), as normas estabelecidas para a Forma Y são úteis para adultos trabalhadores, estudantes do liceu, estudantes do ensino superior e recrutas militares.

Esta geral revela boas qualidades psicométricas: a escala de ansiedade-estado apresenta valores de alfa acima de .90 (amostras de adultos, estudantes e recrutas militares) com um coeficiente médio de .93 e a escala ansiedade-traço apresenta também um valor elevado, com um coeficiente médio de .90 (Spielberger et al., 1983). Russel et al. (1980) indicam igualmente uma consistência interna com alphas de Cronbach entre .83 e .92.

Relativamente às correlações teste-reteste, a escala ansiedade-traço apresenta valores entre .65 até .75 e o coeficiente médio de confiança para esta escala foi de .695. Para a escala de ansiedade-estado, os coeficientes de estabilidade foram relativamente baixos, dos .16 até .62, com coeficiente médio de confiança de .33, o que em certa medida era esperado pois uma forte medida de ansiedade estado pode reflectir a influência de um único factor situacional que existe na altura do teste. Tendo em consideração a natureza transitória dos estados de ansiedade, medidas de consistência

interna e o coeficiente alfa, fornecem mais índice de significação de confiança das escalas de ansiedade-estado, do que as correlações teste-reteste. Quanto à validade de constructo, o STAI discrimina entre pacientes normais e psiquiátricos, para quem a ansiedade é o maior sintoma.

Em Portugal este instrumento tem revelado bons valores de consistência interna. e Silva e Campos (1998) num grupo de 737 estudantes do ensino secundário apuraram valores dos coeficientes alfa de .90 e .89, para a escala de ansiedade estado, e de .90 e .88 para a escala de ansiedade traço, nos rapazes e raparigas, respectivamente. Num grupo de 701 estudantes universitários os autores encontraram valores de alfa de .89 e .91, para a escala de ansiedade estado, nos rapazes e raparigas (respectivamente) e de .90 para a escala de ansiedade traço, em ambos os sexos. Num outro estudo, com um grupo de 517 indivíduos adultos, com idades compreendidas entre os 19 e os 39 anos, Silva e Campos (1998) encontraram igualmente bons valores de alfa, com .91 nos homens e .93 nas mulheres, para a escala de ansiedade estado e de .89 nos homens e .90 nas mulheres para a escala de ansiedade traço.

Na nossa amostra, obtivemos um alfa total de .947, para a escala de ansiedade estado, e uma alfa total de .921, para a escala de ansiedade traço (Quadro 8), valores que vão ao encontro dos valores de alfa encontrados nos estudos mencionados (Quadro 9).

Quadro 8- Alfas de Cronbach, correlações inter-item e item-total da STAI

Fiabilidade da escala	Alfa	Correlação inter-items			Correlação item-teste	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Ansiedade Estado (Stai 1)	.947	.166	.802	.473	.471	.796
Ansiedade Traço (Stai 2)	.921	-1.000	.768	.369	.475	.788

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max= Máximo

Quadro 9- Alfas de Cronbach da STAI

	Spielberger <i>et al.</i> ,1983	Russel et al. (1980)	Campos e Silva (1998)	Nossa Amostra
Ansiedade Estado	>.90	.83 a .92	.89 a .93	.947
Ansiedade Traço	.90	.83 a .92	.88 a .90	.921

Dados sócio-demográficas

O protocolo incluiu ainda algumas questões que procuraram descrever a amostra em termos das seguintes variáveis de caracterização sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, situação laboral actual, história de acompanhamento psicológico e acompanhamento psiquiátrico.

PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Capítulo V – Apresentação dos Resultados

Resultados das variáveis em estudo

Neste capítulo descrevemos os principais resultados das diversas análises realizadas, com vista à identificação do impacto da sintomatologia dos ex-combatentes sobre as suas esposas e filhos, por um lado, e da influência da sintomatologia destas sobre os filhos, por outro.

Numa primeira fase, e considerando que distribuámos inicialmente as 66 famílias pelo Grupo 1, em que os ex-combatentes não tem o diagnóstico de PTSD ou apresentam um quadro sub-clínico, e pelo Grupo 2, em que os ex-combatentes têm esse diagnóstico clínico, procurámos avaliar quais as diferenças entre as famílias de ambos os grupos, no que respeita às variáveis em estudo.

Numa segunda fase, tendo por base a revisão da literatura que descreve que a STSD resulta do contacto íntimo com um doente que sofre de sintomatologia de PTSD, e considerando o estudo da amostra total (198 sujeitos), procurámos avaliar a incidência de STSD nas esposas e nos filhos dos ex-combatentes, bem como os factores preditores desta sintomatologia.

Incidência de PTSD/ STSD nos ex-combatentes e seus familiares

Começamos por apresentar a estatística descritiva desta variável em estudo (Quadro 10).

Quadro -10 Estatística descritiva do PCL

Estatística descritiva da escala e dos critérios	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Severidade PTSD	198	43.32	45.50	17.983	17	76
Critério B	198	13.04	13.00	5.653	5	25
Critério C	198	16.43	16.00	7.454	7	33
Critério D	198	13.85	14.00	6.164	5	25

Tendo em consideração os resultados obtidos pelos participantes de cada grupo no PCL, cujo *score* clínico varia entre 17 e 85 valores, apurámos diferenças entre os ex-combatentes, esposas e os seus filhos.

Ao analisarmos primeiramente os resultados obtidos pelo Grupo 1, verificámos que 9 ex-combatentes (27.3%) pontuaram abaixo de 49 nesta escala e os restantes 24 (72.7%) pontuaram acima de 50 (valor mínimo de 19 e máximo de 76). No caso das suas esposas, 25 (75.8%) apresentaram valores inferiores a 50 e 8 (24.2%) tiveram pontuação acima desse valor (valor mínimo de 17 e máximo de 76). Quanto aos seus filhos, 30 (90.9%) registaram um *score* inferior a 50 e 3 (9.1%) obtiveram um *score* superior (valor mínimo de 17 e máximo de 65).

De acordo com a análise dos resultados obtidos pelos ex-combatentes do Grupo 2, observámos que apenas 2 dos ex-combatentes (6.1%) apresentaram valores abaixo do *score* 49, enquanto que 31 (93.9%) pontuaram na escala acima de 50 (valor mínimo de 37 e máximo de 75). No PCL das suas esposas, apurámos que 22 (66.7%) apresentaram uma pontuação igual ou inferior a 50 valores e 11 (33.3%) obtiveram um *score* igual ou

superior a 53 (valor mínimo de 17 e máximo de 76). Relativamente aos filhos, 28 (84.8%) apresentaram valores iguais ou inferiores a 53 e 5 (15.2%) obtiveram um *score* igual ou superior a 55 (valor mínimo de 17 e máximo de 59).

Estes dados sugerem que o Grupo 2 apresenta resultados mais elevados do que o Grupo 1 (Quadro 11).

Quadro 11- Médias (M) e desvios padrão (DP) do PCL por grupos

	Grupo 1 (sem PTSD)			Grupo 2 (com PTSD)		
	N	Médias	Desvios padrão	N	Médias	Desvios padrão
Ex-combatente	33	55.52	13.636	33	61.30	8.819
Esposa	33	39.39	14.973	33	43.94	15.754
Filho	33	29.39	13.716	33	30.39	13.829

Através da análise da diferença das médias em ambos os grupos, apurámos que existem diferenças significativas na PTSD em função do parentesco, quer no Grupo 1 ($F(2, 96) = 28.745$; $p < 0.001$), quer no Grupo 2 ($F(2, 96) = 45.950$; $p < 0.001$). Assim, os ex-combatentes de ambos os grupos apresentam um índice de PTSD mais elevado do que o das suas esposas, que por sua vez é superior ao dos filhos¹⁴.

É de referir, que os ex-combatentes do Grupo 1 constituem uma amostra clínica, em que alguns apresentam sintomatologia de PTSD mas não preenchem todos os critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV-TR (2002).

¹⁴ De acordo com o teste de Tukey ($p < .05$).

Neste sentido, no que se refere à PTSD dos ex-combatentes de ambos os grupos, observámos, como era de esperar, diferenças significativas em função do grupo de pertença quanto ao índice de PTSD: ($t=-2.047$; $N=64$; $p<0.05$): a média dos ex-combatentes do Grupo 1 ($M=55.52$) difere significativamente da dos ex-combatentes do Grupo 2 ($M=61.30$), sendo inferior à destes.

No entanto, o mesmo não se verifica com as esposas nem com os filhos de ambos os grupos. Constatámos que não há diferenças significativas entre as esposas do Grupo 1 e do Grupo 2 ($t=-1.201$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=39.39$; Grupo 2 $M=43.94$) e entre os filhos do Grupo 1 e do Grupo 2 quanto à STSD ($t=-.295$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=29.39$; Grupo 2 $M=30.39$).

No sentido de apurarmos a presença actual do diagnóstico clínico de PTSD na nossa amostra, através do PCL, utilizámos ainda um outro método de cotação considerado pelos autores, que consiste em contar os itens com *score* de 3 ou superior como um sintoma de PTSD, seguindo-se posteriormente as regras de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), em que tem de se verificar pelos menos um sintoma do critério B (reexperiência do acontecimento traumático), pelo menos três do critério C (evitamento) e pelo menos dois sintomas do critério D (hiperactivação).

Verificámos assim que no Grupo 1, 25 ex-combatentes, 12 esposas e 6 filhos preenchem os critérios de diagnóstico de PTSD, e que no Grupo 2, 28 ex-combatentes, 16 esposas e 6 filhos satisfazem igualmente essa condição.

Incidência da Depressão nos ex-combatentes e seus familiares

A escala de depressão foi preenchida por todos os participantes. É possível observar no Quadro 12 a estatística descritiva deste instrumento.

Quadro -12 Estatística descritiva do BDI

Estatística descritiva da escala e dos critérios	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
BDI	198	15.85	16.50	11.091	0	41

Procurámos fazer uma análise mais detalhada desta perturbação, no sentido de compararmos os níveis de depressão entre as famílias em que o ex-combatente não tem o diagnóstico de PTSD e as famílias em que esse diagnóstico já foi efectuado.

Tendo como referência o valor de 12, como ponto de corte para a população portuguesa, acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e a deprimida, verificamos que a Depressão surge em comorbilidade nas famílias dos dois grupos (Quadro 13).

Quadro -13 Resultados clínicos do BDI em ambos os grupos

	Grupo 1 (Sem PTSD)			Grupo 2 (Com PTSD)		
	Ex-Comb.	Esposas	Filhos	Ex-Comb.	Esposas	Filhos
Ausência de Depressão	5 (15.2%)	10 (30.3%)	27 (81.8%)	0 (0%)	12 (36.4%)	22 (66.7%)
Depressão Ligeira	1 (9.1%)	10 (30.3%)	3 (9.1%)	6 (18.2%)	7 (21.2%)	6 (18.1%)
Depressão Moderada	10 (30.2%)	4 (15.2%)	2 (6.1%)	10 (30.3%)	11 (33.3%)	3 (9.1%)
Depressão Severa	15 (45.5%)	8 (24.2%)	1 (3%)	17 (51.5%)	3 (9.1%)	2 (6.1%)

Com efeito, desta análise verificámos que existem diferenças significativas na depressão (Quadro 14) em função do parentesco, no Grupo 1 ($F(2, 96) = 26.272$; $p < 0.001$) e no Grupo 2 ($F(2, 96) = 26.562$; $p < 0.001$), o que significa que, em ambos os grupos, os ex-combatentes apresentam um maior índice de depressão do que as suas esposas, e estas um índice maior do que os seus filhos, de acordo com o teste de Tukey.

Quadro 14 - Médias (M) e desvios padrão (DP) do BDI por grupos

	Grupo 1 (sem PTSD)			Grupo 2 (com PTSD)		
	N	Médias	Desvios padrão	N	Médias	Desvios padrão
Ex-combatente	33	22.24	10.134	33	25.00	7.181
Esposa	33	16.55	10.387	33	15.70	8.597
Filho	33	5.45	8.004	33	10.18	9.143

No que se refere à comparação das médias entre os ex-combatentes de ambos os grupos apurámos que não existem diferenças significativas entre os ex-combatentes do Grupo 1 e do Grupo 2 quanto ao índice de depressão ($t = -1.275$; $N = 64$; $p > .05$; Grupo 1 $M = 22.24$; Grupo 2 $M = 25.00$).

No caso das esposas, observámos a mesma situação, isto é, não há diferenças significativas entre as esposas do Grupo 1 e do Grupo 2 nesta variável ($t = 0.362$; $N = 64$; $p > .05$; Grupo 1 $M = 16.55$; Grupo 2 $M = 15.70$).

Contudo, a análise das médias dos filhos de ambos os grupos, revelou que há diferenças significativas em função do grupo do sujeito ($t = -2.235$; $N = 64$; $p < 0.05$): a média dos filhos do Grupo 1 ($M = 5.45$) difere significativamente da dos filhos do Grupo

2 (M=10.18). Neste sentido, os filhos do Grupo 2 são mais deprimidos do que os filhos do Grupo 1.

Incidência da Ansiedade Estado e da Ansiedade Traço nos ex-combatentes e seus familiares

Como já foi referido anteriormente, a STAI apresenta uma boa consistência interna, permitindo-nos apurar a existência de ansiedade no momento e como traço disposicional. No quadro 15 observamos a estatística descritiva dos resultados obtidos com este instrumento na nossa amostra.

Quadro -15 Estatística descritiva da STAI

Estatística descritiva da escala e dos critérios	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
STAI Form Y-1	198	48.42	51.00	14.253	22	78
STAI Form Y-1	198	50.19	53.00	13.666	20	78

Ansiedade Estado (STAI Form Y-1)

Considerando o total da escala, cuja pontuação pode variar entre 20 e 80 valores, apurámos que no Grupo 1, 12 dos ex-combatentes (36.4%) registaram valores abaixo de 50 e os outros 21 (63.6%) apresentaram um *score* acima de 51 (mínimo de 27 e máximo de 78). Nas esposas deste grupo, 17 (51.5%) obtiveram uma pontuação abaixo

de 50 e 16 (48.5%) uma pontuação acima de 51 (mínimo de 22 e máximo de 77). Por sua vez, 29 dos seus filhos (87.9%) registaram valores abaixo de 50 e 4 (12.1%) um *score* acima de 51 (mínimo de 22 e máximo de 67).

No Grupo 2, 3 dos ex-combatentes (9.1%) registaram um *score* inferior a 51 e 30 (90.9%) obtiveram uma pontuação igual ou acima desse valor (mínimo de 38 e máximo de 74). Da análise das suas esposas, 15 (45.5%) apresentaram um índice igual ou abaixo de 51 valores e 18 (54.5%) tiveram resultados iguais ou acima de 52 (mínimo de 26 e máximo de 77). Relativamente aos filhos, 24 (72.7%) obtiveram valores abaixo do *score* 51 e 9 (27.3%) pontuaram acima do valor 50 (mínimo de 22 e máximo de 71).

Considerando o parentesco dos sujeitos também registamos diferenças significativas na ansiedade estado no Grupo 1 ($F(2, 96) = 15.305$; $p < 0.001$) e no Grupo 2 ($F(2, 96) = 19.560$; $p < 0.001$): os filhos dos dois grupos apresentam significativamente menos ansiedade no momento do que os seus pais e do que as suas mães, de acordo com o teste de Tukey ($p < .05$) (Quadro 16). Quanto às diferenças entre os ex-combatentes e as suas esposas, no Grupo 1 não há diferenças significativas na ansiedade estado ($t = 1.101$; $N = 64$; $p > 0.05$): a média dos ex-combatentes ($M = 53.18$) não difere significativamente da das esposas ($M = 49.45$). No entanto, no Grupo 2 registam-se diferenças significativas ($t = 3.676$; $N = 64$; $p < 0.001$), sendo que a média dos ex-combatentes ($M = 59.58$) difere significativamente da das esposas ($M = 50.03$), de tal forma que os ex-combatentes deste grupo apresentam níveis de ansiedade estado mais elevados do que as suas esposas.

Quadro 16 - Médias (M) e desvios padrão (DP) da STAI 1 por grupos

	Grupo 1 (sem PTSD)			Grupo 2 (com PTSD)		
	N	Médias	Desvios padrão	N	Médias	Desvios padrão
Ex-combatente	33	53.18	11.301	33	59.58	7.914
Esposa	33	49.45	15.825	33	50.03	12.645
Filho	33	36.33	11.335	33	41.94	13.112

Comparando as médias dos ex-combatentes de ambos os grupos, observamos que existem diferenças significativas em função do grupo do sujeito quanto ao índice de ansiedade estado: ($t=-2.662$; $N=64$; $p<0.05$): a média dos ex-combatentes do Grupo 1 ($M= 53.18$) difere significativamente da dos ex-combatentes do Grupo 2 ($M=59.58$), sendo inferior à deste.

Por conseguinte, os ex-combatentes do Grupo 2 apresentam mais ansiedade estado do que os do Grupo 1. Contudo, no caso das suas esposas não há diferenças significativas entre o Grupo 1 e o Grupo 2, quanto ao índice de ansiedade no momento ($t=-0.163$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=49.45$; Grupo 2 $M=50.03$). Relativamente aos filhos, verifica-se igualmente que não há diferenças significativas entre os grupos ($t=-1.858$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=36.33$; Grupo 2 $M=41.94$).

Ansiedade Traço (STAI Form Y-2)

Através da análise da ansiedade traço (pontuação entre 20 a 80) do Grupo 1 observámos que 7 ex-combatentes (21.2%) registaram uma pontuação inferior a 50, enquanto que 26 (78.8%) tiveram pontuações superiores a 51 (mínimo de 31 e máximo de 78). As suas esposas, 15 (45.5%) tiveram um *score* inferior a 50 e 18 (54.5%) um

score superior a esse valor (mínimo de 22 e máximo de 67). Quanto aos filhos, dos 33, 28 (84.8%) pontuaram abaixo de 50 e 5 (15.2%) acima dos 51 valores (mínimo de 20 e máximo de 72).

No Grupo 2, verificámos que nos ex-combatentes, 2 (6.1%) pontuaram abaixo do *score* 52 e os restantes 31 (93.9%) pontuaram acima de 51 valores (mínimo de 48 e máximo de 77). Nas suas esposas, 11 das 33 (33.3%) apresentaram um índice igual ou abaixo de 50 valores e 22 (66.7%) tiveram resultados iguais ou acima de 51 (mínimo de 31 e máximo de 74). No que respeita aos filhos, 22 (66.7%) apresentaram um *score* abaixo de 53 e 11 (33.3%) obtiveram um *score* igual ou superior a esse valor (mínimo de 24 e máximo de 76).

Ao procedermos à análise das diferenças entre as médias (Quadro 17) do Grupo 1 ($F(2, 96) = 20.230$; $p < 0.001$) e do Grupo 2 ($F(2, 96) = 22.348$; $p < 0.001$), tal como fizemos para as variáveis anteriores, apurámos diferenças estatisticamente significativas na ansiedade traço em função do parentesco. Assim, as esposas de ambos os grupos apresentam menos ansiedade traço do que os seus maridos e mais do que os seus filhos, de acordo com o teste de Tukey ($p < .05$).

Quadro 17 - Médias (M) e desvios padrão (DP) da STAI 2 por grupos

	Grupo 1 (sem PTSD)			Grupo 2 (com PTSD)		
	N	Médias	Desvios padrão	N	Médias	Desvios padrão
Ex-combatente	33	57.03	11.647	33	61.00	6.647
Esposa	33	49.73	11.907	33	51.61	10.179
Filho	33	37.94	13.292	33	43.82	13.420

Considerando ainda as diferenças entre os ex-combatentes de ambos os grupos, regista-se que não há diferenças significativas entre os ex-combatentes do Grupo 1 e do Grupo 2 quanto ao índice de ansiedade traço ($t=-1.700$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=57.03$; Grupo 2 $M=61.00$). O mesmo sucede com ambos os grupos das esposas ($t=-0.163$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=49.73$; Grupo 2 $M=51.61$) e dos filhos ($t=-1.788$; $N=64$; $p>.05$; Grupo 1 $M=37.94$; Grupo 2 $M=43.82$).

Em suma, podemos dizer que pela análise dos dois grupos (sem PTSD e com PTSD) verificámos que os ex-combatentes com PTSD apresentam valores clínicos mais significativos apenas no PCL e na STAI 1 (ansiedade estado), comparativamente aos ex-combatentes sem PTSD, o que era esperado, dado estes últimos terem sintomatologia menos grave ou sub-clínica. Por outro lado, nas esposas de ambos os grupos não encontramos qualquer diferença nas variáveis em estudo e nos filhos apurámos apenas que os filhos dos ex-combatentes com PTSD são mais deprimidos do que os outros.

Sendo o objectivo central deste estudo apurar a presença de traumatização secundária nas famílias dos ex-combatentes traumatizados psicologicamente pela Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), e tendo por base a revisão da literatura, que realça igualmente a importância da PTSD parcial, enquanto perturbação geradora de sofrimento clínico significativo, considerámos ser mais pertinente e concordante com os resultados obtidos nos instrumentos mencionados, nomeadamente no PCL, considerar a amostra total no estudo das nossas hipóteses de investigação.

Caracterização do TEQ e correlações entre as variáveis em estudo

O questionário TEQ, que avalia a vivência de diversos acontecimentos traumáticos, foi aplicado na íntegra às esposas e filhos dos ex-combatentes de ambos os grupos.

No entanto, para o presente trabalho, apenas serão apresentados os resultados relativos às questões número 1, 7, 9 e 10, no caso das esposas, e 1, 7 e 10, no caso dos filhos, dado que essas foram as situações identificadas como sendo as mais traumáticas para ambos.

Caracterização das experiências traumáticas

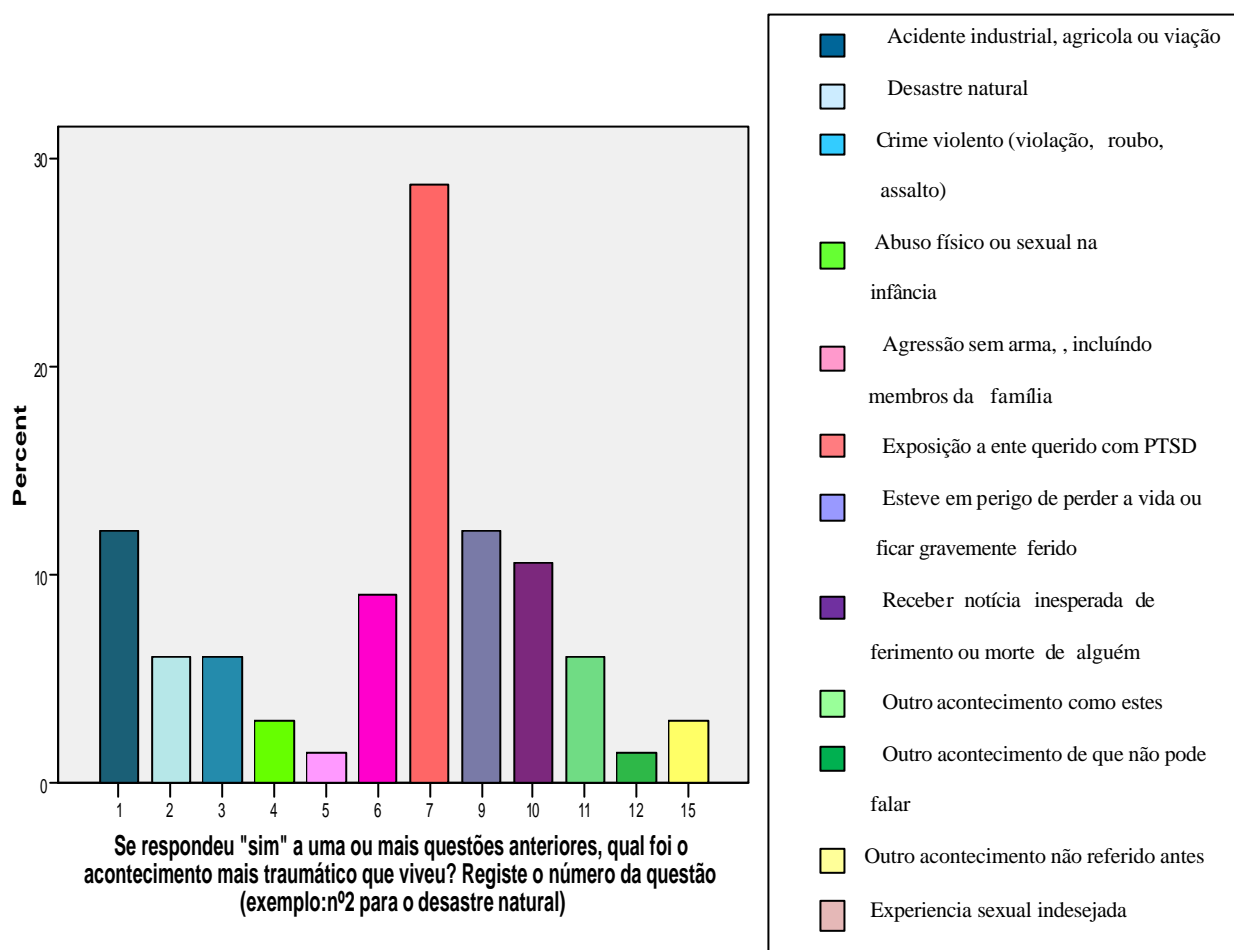
Procurámos avaliar qual o acontecimento traumático mais referido pelas esposas e pelos filhos dos ex-combatentes (Gráfico 1 e 2).

Das 66 esposas, constatámos que 19 (28.8%) consideraram que “Estar exposta a reacções emocionais ou comportamentos negativos (*e.g.* irritabilidade, acessos de cólera, isolamento, revivência do trauma) do marido com PTSD” (questão nº 7) era a situação mais traumática, seguindo-se as situações de “Esteve em sério perigo de perder a sua vida ou de ficar gravemente ferida” (12.1%; questão nº 9), “Vivenciou ou foi testemunha de algum grave acidente industrial, agrícola ou de viação ou de um grande incêndio ou explosão (12.1%; questão nº 1) e “Recebeu notícias sobre a mutilação, ferimento grave, ou morte violenta ou inesperada de alguém que lhe está próximo” (10.6%; questão nº 10).

Relativamente à situação mais traumática referida pelos filhos, 22 (36.7%) consideraram igualmente que era “Estar exposto(a) a reacções emocionais ou

comportamentos negativos (*e.g.* irritabilidade, acessos de cólera, isolamento, revivência do trauma) do pai com PTSD” (questão nº 7), seguindo-se as situações “Vivenciou ou foi testemunha de algum grave acidente industrial, agrícola ou de viação ou de um grande incêndio ou explosão (23.3%; questão nº 1) e “Recebeu notícias sobre a mutilação, ferimento grave, ou morte violenta ou inesperada de alguém que lhe está próximo” (15%; questão nº 10).

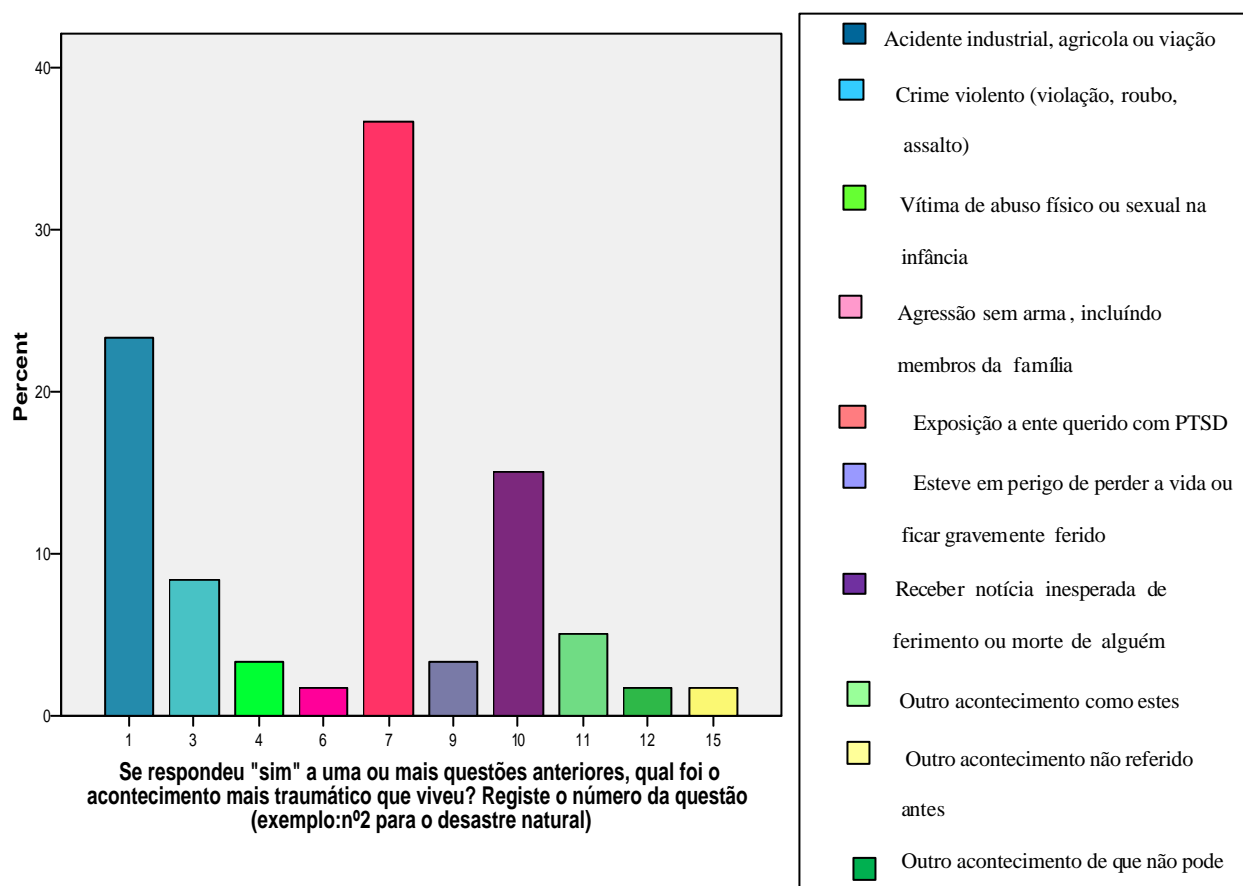
Gráfico 1- Acontecimentos traumáticos mais referidos pelas esposas



Numa análise qualitativa das respostas ao pedido de que descrevessem o acontecimento traumático, apurámos que 50 (75.8%) das 66 esposas descreveram o acontecimento referente à sua exposição à PTSD do marido, remetendo-nos

essencialmente para situações de agressividade (verbal e física), ameaças de morte pelo marido, irritabilidade e stress. No que respeita ao segundo tipo de acontecimento traumático mais referido pelas esposas, estas relataram situações como acidentes de viação e incêndios, no caso da questão número um, e ameaças de morte pelo marido, violência doméstica, agressividade e discussões, entre outras, na situação da questão número nove. Quanto à morte de alguém próximo, as esposas mencionaram a morte de familiares.

Gráfico 2 - Acontecimentos traumáticos mais referidos pelos filhos



É de referir que os filhos descreveram igualmente situações relacionadas com a agressividade, irritabilidade e stress do pai, no que se relaciona com a sua exposição às reacções emocionais e comportamentais do ex-combatente. Quanto à segunda situação traumática mais referida, descrevem acidentes de viação (o acontecimento mais mencionado), explosões, acidente de trabalho, incêndio em casa, entre outros. A situação de perda de uma pessoa próxima está também essencialmente associada a morte de familiares.

Correlações entre as variáveis

Correlação entre STSD e variáveis sócio-demográficas

Considerando a análise posterior de STSD e de sintomatologia comórbida das esposas e dos filhos dos ex-combatentes, apresentamos as correlações¹⁵ (Quadro 18) efectuadas entre as variáveis em estudo (PTSD, depressão e ansiedade estado e traço) e as suas variáveis sócio-demográficas (género, idade, habilitações literárias completas).

¹⁵ O coeficiente de correlação dá-nos a indicação da força da relação entre duas variáveis: abaixo de .19 é muito baixa; de .20 a .39 é baixa; entre .40 a .69 é moderada; entre .70 a .89 é alta; superior a .90 é muito alta.

Quadro 18- Correlações de Spearman entre as variáveis das esposas e dos filhos com variáveis sócio-demográficas

	Esposas			Filhos		
	género	Idade	escolaridade	género	idade	escolaridade
STSD	<i>n.s</i>	-.073	-.069	.307(*)	-.113	-.003
Depressão	<i>n.s</i>	-.071	-.193	.158	-.002	-.012
Ansiedade estado	<i>n.s</i>	-.083	-.255(*)	.164	-.036	.052
Ansiedade traço	<i>n.s</i>	-.161	-.130	.252(*)	-.038	.054

Nota. * $P < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; *n.s.* não significativo

No que respeita aos resultados das esposas encontrámos uma associação negativa baixa entre a sua escolaridade e a ansiedade estado ($r = -.255$, $N = 66$; $p < .05$).

Nos resultados dos filhos apurámos associações positivas baixas entre o género e as variáveis STSD ($r = .307$, $N = 66$; $p < .05$) e ansiedade traço ($r = .252$, $N = 66$; $p < .05$).

Dado que estas correlações se revelam significativas, iremos posteriormente, em algumas das análises de regressão, proceder ao controlo das mesmas.

Correlação entre PTSD e sintomatologia comórbida

Com o objectivo de compreender as associações entre a PTSD/STSD e a sintomatologia comórbida (depressão e ansiedade estado e no momento) observada nos ex-combatentes, esposas e seus filhos, efectuamos correlações entre as variáveis em análise. Assim, verificamos que todas as associações são estatisticamente significativas,

o que realça que é frequente encontrarmos comorbilidade, nomeadamente Depressão e Ansiedade, com o quadro clínico de PTSD (Quadro 19).

Quadro 19- Correlação entre a PTSD e a sintomatologia comórbida

Variável	1	2	3	4
1.PTSD/STSD	---			
2.Depressão	.711(**)	---		
3. Ansiedade estado	.698(**)	.775(**)	---	
4.Ansiedade traço	.745(**)	.842(**)	.860(**)	---

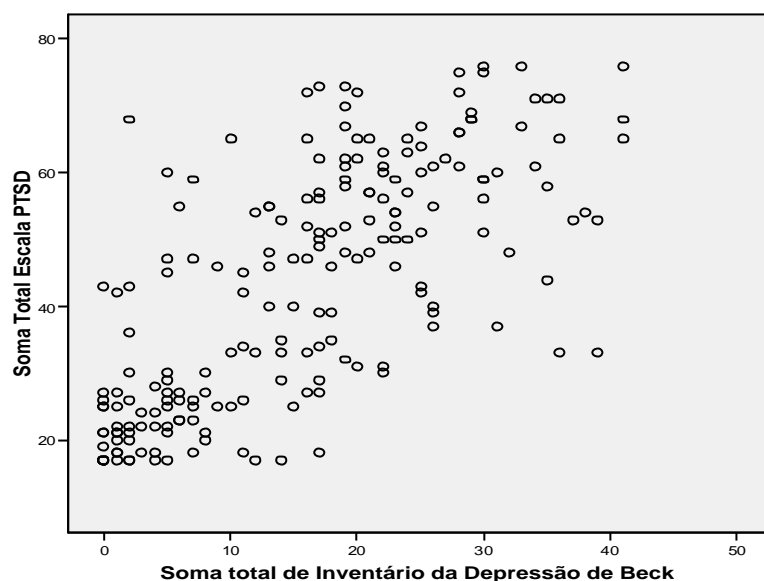
Nota. * $P < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.; *n.s.* não significativo

Da análise das correlações é de salientar que as três perturbações analisadas (PTSD/STSD, depressão e ansiedade), estão associadas entre si de forma positiva e significativa.

Com efeito, verificamos que:

- 1) Quanto maior é o estado depressivo maior é a sintomatologia de PTSD ($r = .711$, $N = 198$; $p < .01$) (Gráfico 3);

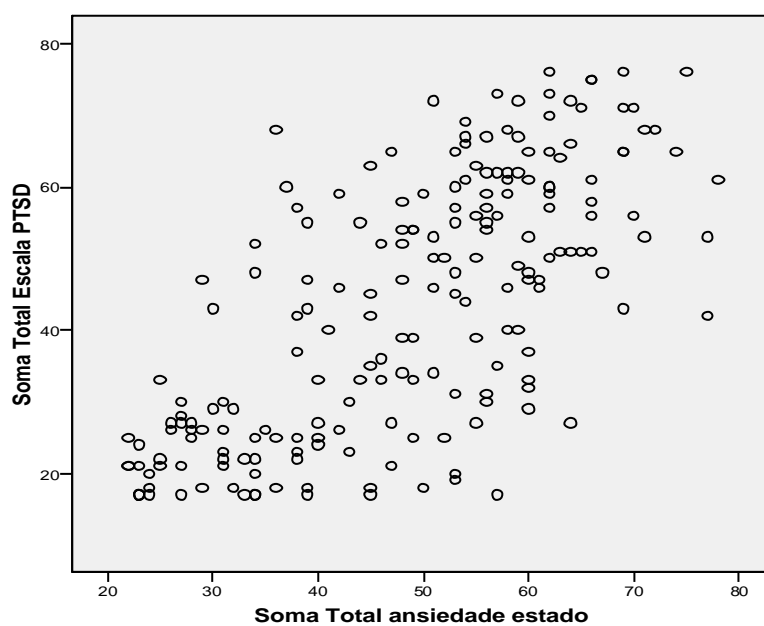
Gráfico 3- Associação forte entre a Depressão e a PTSD



2) Quanto maior é a ansiedade estado maior é a PTSD ($r=.698$, $N=198$; $p<.01$)

(Gráfico 4);

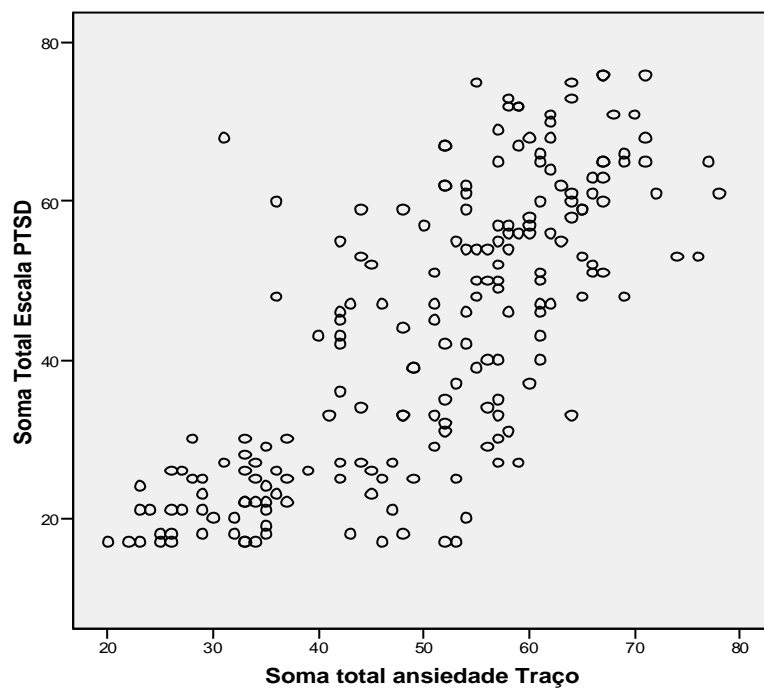
Gráfico 4- Associação moderada entre a Ansiedade estado e a PTSD



3) Quanto maior é a ansiedade traço maior é a PTSD ($r=.745$, $N=198$; $p<.01$).

(Gráfico 5).

Gráfico 5 - Associação forte entre a Ansiedade traço e a PTSD



Teste das Hipóteses e Predições

A sintomatologia de PTSD dos Ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas (Hipótese 1)?

De modo a responder à nossa primeira hipótese de investigação realizámos um conjunto de análises de regressão linear múltipla (*stepwise*) que nos permitiram determinar o valor preditivo da sintomatologia de PTSD dos Ex-combatentes relativamente à sintomatologia de STSD e comórbida das esposas¹⁶.

Assim, de modo a verificar qual das variáveis do ex-combatente (PTSD, depressão e ansiedade estado e traço) tem maior poder explicativo das várias variáveis das esposas (STSD, depressão e ansiedade estado), optámos por introduzir sempre todas as variáveis independentes nas equações de regressão e por utilizar o método *stepwise*.

Na primeira análise de regressão efectuada procurámos estudar o valor preditivo da variável sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes sobre a sintomatologia de STSD das esposas. Os valores do coeficiente padronizado de regressão (Beta) revelam que a variável PTSD do ex-combatente ($B=.306$) é um preditor significativo e pela positiva da STSD da esposa, explicando 7.9% da sua variância total (Quadro 20).

¹⁶ Neste caso não considerámos a ansiedade traço das esposas como variável dependente, porque à luz das teorias da personalidade, para além dos factores do meio social e das experiências pessoais, o factor hereditário tem de estar presente.

Quadro 20 - Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de STSD das esposas

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Soma Total Escala PTSD de Ex-Combatente	.079	.094	.306*	6.610 (*)

Nota. (*) $F(1,64) = 6.610, p < .05$

* $p < .05$ / Variável dependente: Soma Total Escala PTSD da Esposa

Numa segunda análise de regressão, estudámos o valor preditivo da variável sintomatologia do ex-combatente sobre a depressão das esposas e observámos que a variável depressão do ex-combatente ($B = .437$) é um preditor significativo e pela positiva da depressão da esposa, que explica 17.8% da variância total (Quadro 21).

Quadro 21- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de depressão das esposas

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Soma total de Inventário da Depressão de Beck de Ex-Combatente	.178	.191	.437***	15.097 (*)

Nota. (*) $F(1,64) = 15.097, p < .001$

*** $p < .001$ / Variável dependente: Soma total do Inventário da Depressão de Beck da Esposa

Por fim, na terceira análise, realizámos uma regressão de forma a avaliar o valor da sintomatologia do ex-combatente, controlando a variável escolaridade das esposas (que revelou ter uma correlação significativa com a sua ansiedade estado), sobre a ansiedade estado das esposas. Observámos que emergiu um modelo significativo $F(2,63) = 9.630, p < .001$, o qual explicou 21% da variância total (Quadro 22). Neste sentido, a variável habilitações literárias, juntamente com a variável depressão do ex-

combatente ($B=.379$) é um preditor significativo e pela positiva da ansiedade estado da esposa.

Quadro 22- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de ansiedade estado das esposas

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Habilitações literárias	.081	.095	-.308*	6.726 (*)
Habilitações literárias Soma total de Inventário da Depressão de Beck de Ex- Combatente	.210	.139	-.243* .379**	9.630 (**)

Nota. (*) $F(1,64)= 6.726, p<.05$; (**) $F(2,63)= 9.630, p<.001$

* $p<.05$; ** $p<.01$ / Variável dependente: Soma total de Ansiedade Estado da Esposa

Desta forma, a nossa primeira hipótese é apenas parcialmente suportada pelos resultados, uma vez que a PTSD dos ex-combatentes é preditora da STSD das esposas mas depois é a variável depressão do ex-combatente que se revela como preditor significativo da depressão e ansiedade estado da esposa.

A sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos (Hipótese 2)?

Utilizámos novamente o método de regressão linear múltipla, no sentido de verificar qual das variáveis do ex-combatente (PTSD, depressão e ansiedade estado e traço) tem maior poder explicativo das variáveis dos filhos (STSD, depressão e

ansiedade estado)¹⁷. Assim, introduzimos sempre todas as variáveis independentes nas equações de regressão e utilizámos o método *stepwise*.

Através de uma análise de regressão, de forma a estudar o valor preditivo da variável sintomatologia do ex-combatente, controlando o género dos filhos (que tem uma relação significativa com o seu STSD), sobre a STSD dos filhos, apurámos que a variável PTSD dos pais não tem qualquer valor explicativo na STSD da segunda geração. A variável que melhor prediz a STSD dos filhos é o género ($B = .261$), que explica 5.3% da variância total (Quadro 23).

Quadro 23- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de STSD dos filhos

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Género	.053	.068	.261*	4.673(*)
PTSD Ex-combatente	.127	.126	-.034	2.344 (**)

Nota. (*) $F(1,64) = 4.673$, $p < .05$, (**) $F(5,60) = 2.344 = 0.65$

* $p < .05$; Variável dependente: Soma Total Escala PTSD do filho

Realizámos seguidamente mais três análises de regressão linear múltipla (*stepwise*), de modo a estudar o valor preditivo da sintomatologia do ex-combatente (PTSD, depressão e ansiedade estado e traço) sobre a sintomatologia comórbida dos filhos (depressão, ansiedade estado e traço).

¹⁷ Nesta hipótese consideramos a ansiedade traço dos filhos como variável dependente, na medida em que esta relação, à luz das teorias da personalidade, pode ser explicada.

Na primeira análise de regressão efectuada, estudámos o valor preditivo da variável sintomatologia do ex-combatente sobre a depressão dos filhos e observámos que emergiu um modelo significativo ($F(2,63)= 8.557, p<.01$)), o qual explicou 18.9% da variância total (Quadro 24). Assim, a variável ansiedade traço ($B=.626$), juntamente com a variável depressão do pai ($B=-.455$), é um preditor significativo da depressão do filho.

Quadro 24- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de depressão dos filhos

Variável preditora	R ² Adjusted	R ² Change	B	Fchange
Soma total ansiedade Traço do Ex-combatente	.088	.102	.319**	7.236 (*)
Soma total ansiedade Traço do Ex-combatente	.189	.112	.626***	8.557 (**)
Soma total de Inventário da Depressão de Beck do Ex-combatente			-.455**	

Nota. (*) $F(1,64)= 7.236, p<.01$, (**) $F(2,63)= 8.557, p<.01$

** $p<.01$; *** $p<.001$; Variável dependente: Soma Total de Inventário da Depressão de Beck do filho

Na segunda análise de regressão, em que se procurou testar o valor preditivo da variável sintomatologia do ex-combatente sobre a ansiedade estado dos filhos, apurámos um modelo significativo ($F(2,63)= 6.383, p<.05$), que explica 14.2% da variância total (Quadro 25). Deste modo, a variável ansiedade traço ($B=.566$), juntamente com a variável ansiedade estado do pai ($B=-.405$), é um preditor significativo da ansiedade estado do filho.

Quadro 25- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de ansiedade estado dos filhos

Variável preditora	R ² Adjusted	R ² Change	B	Fchange
Soma total ansiedade Traço do Ex-combatente	.068	.082	.287*	5.736 (*)
Soma total ansiedade Traço do Ex-combatente	.142	.086	.566**	6.383 (**)
Soma Total ansiedade estado do Ex-combatente			-.405*	

Nota. (*) F(1,64)= 5.736, $p < .05$, (**) F(2,63)= 6.383, $p < .01$

* $p < .05$; ** $p < .01$; Variável dependente: Soma Total de ansiedade estado do filho

Por fim, na terceira regressão, para analisar o valor preditivo da variável sintomatologia do ex-combatente, controlando o género dos filhos (que tem uma relação significativa com a sua ansiedade traço) sobre a ansiedade traço dos filhos, identificámos mais uma vez um modelo significativo ($F(5,60) = 3.746$, $p < .01$), que explica 17.4% da variância total (Quadro 26). Neste caso, a variável género ($B = .100$), juntamente com todas as variáveis do pai (PTSD ($B = -.417$); BDI ($B = .110$); STAI1 ($B = -.252$); STAI 2 ($B = .634$)) é um preditor significativo da ansiedade traço do filho.

Quadro 26- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de ansiedade traço dos filhos

Variável preditora	R ² Adjusted	R ² Change	B	Fchange
Género	.038	.053	.229	3.554 (*)
Género	.174	.185	.100	3.746 (**)
Soma total de Inventário da Depressão de Beck			.110	
Soma Total Escala PTSD			-.417*	
Soma Total ansiedade estado			-.252	
Soma total ansiedade Traço			.634**	

Nota. (*) F(1,64)= 3.554=.064), (**) F(5,60)= 3.746, $p < .01$

* $p < .05$; ** $p < .01$; Variável dependente: Soma Total de ansiedade traço do filho

De acordo com os resultados encontrados, verificamos assim que a nossa hipótese número dois não obtém suporte.

A sintomatologia de STSD e comórbida das esposas é preditora da sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos (Hipótese 3) ?

Dado que nesta hipótese pretendíamos apurar qual das variáveis das mães (STSD, depressão e ansiedade estado e traço) têm maior poder explicativo das variáveis dos filhos (STSD, depressão e ansiedade estado), introduzimos novamente todas as variáveis independentes nas equações de regressão e utilizámos o método *stepwise*.

Neste sentido, efectuamos uma análise de regressão linear múltipla (*stepwise*) de forma a estudar o valor preditivo do género dos filhos (que demonstrou ter uma relação significativa com a sua STSD) e da sintomatologia da mãe (PTSD, depressão e ansiedade estado e traço) sobre a STSD dos filhos. Verificámos mais uma vez que o género dos filhos é o melhor preditor de STSD, explicando 5.3% da variância total (Quadro 27).

Quadro 27- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de STSD dos filhos

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Género	.053	.068	.261*	4.673(*)
STSD Esposa	.063	.067	.138	1.881 (**)

Nota. (*) $F(1,64) = 4.673, p < .05$, (**) $F(5,60) = 1.881 = .333$

* $p < .05$; Variável dependente: Soma Total Escala PTSD do filho

Para testar os efeitos da depressão e ansiedade (estado e traço) das mães, sobre a sintomatologia comórbida dos filhos realizámos mais três análises de regressão múltipla (*stepwise*).

Na primeira análise de regressão efectuada, avaliámos o valor preditivo da variável sintomatologia da esposa sobre a depressão dos filhos e verificámos que a depressão das mães ($B=.286$) é preditora da depressão dos filhos (Quadro 28).

Quadro 28- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de depressão dos filhos

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Soma Total de Inventário da Depressão de Beck da mãe	.067	.082	.286*	5.694 (*)

Nota. (*) $F(1,64)= 5.694; p<.05$

* $p<.05$; Variável dependente: Soma Total de Inventário da Depressão de Beck do filho

Numa segunda análise de regressão, sobre o estudo do valor preditivo da variável sintomatologia da esposa sobre a ansiedade estado dos filhos, observámos que a ansiedade traço das mães ($B=.309$) é preditora da ansiedade estado dos filhos (Quadro 29).

Quadro 29- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de ansiedade estado dos filhos

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Soma Total Ansiedade traço da mãe	.081	.096	.309*	6.759 (*)

Nota. (*) $F(1,64)= 6.759, p<.05$

* $p<.05$; Variável dependente: Soma Total de Ansiedade Estado do filho

Por fim, na terceira e última regressão, para analisar o valor preditivo da variável sintomatologia da esposa sobre a ansiedade traço dos filhos, controlando o género dos filhos (que tem uma relação significativa com a sua ansiedade traço), identificámos um modelo significativo ($F(2,63)=4.207, p<.05$), que explica 9% da variância total (Quadro 30). Neste sentido, a variável género ($B=.209$), juntamente com a variável ansiedade

Quadro 30- Resultados da análise de regressão linear múltipla para a predição de ansiedade traço dos filhos

Variável preditora	R2 Adjusted	R2 Change	B	Fchange
Género	.038	.053	.229	3.554 (*)
Género			.209	
Soma Total Ansiedade traço da mãe	.090	.065	.256*	4.207 (**)

Nota. (*) $F(1,64)= 3.554 =.064$), (**) $F(2,63)= 4.207, p<.05$

* $p<.05$; Variável dependente: Soma Total de Ansiedade Traço do filho

De acordo com estes resultados, concluímos que na nossa amostra se verifica a influência da sintomatologia comórbida das mães sobre a dos seus filhos, enquanto que a PTSD das mães não se constitui um preditor significativo da STSD dos filhos. A terceira hipótese da nossa investigação obtém assim suporte parcial.

O perfil de sintomas das esposas é semelhante ao observado nos Ex-Combatentes com PTSD, embora menos severo (Hipótese 4)?

Como já mencionamos anteriormente neste capítulo, existem diferenças significativas em função do parentesco do sujeito no que se refere à PTSD ($t=5.525$; $N=64$; $p<0.01$), à depressão ($t=4.771$; $N=64$; $p<0.001$), à ansiedade estado ($t=3.676$; $N=64$; $p<0.001$) e à ansiedade traço ($t=4.439$; $N=64$; $p<0.001$).

Portanto, os ex-combatentes apresentam mais PTSD ($M=61.30$) do que as suas esposas ($M=43.94$) e têm igualmente níveis de depressão ($M=25.00$), de ansiedade estado ($M=59.58$) e de ansiedade traço ($M=61.00$) mais elevados do que as mesmas ($M=15.70$; $M=50.03$; $M=51.61$, respectivamente).

Perante o exposto, a quarta hipótese do nosso estudo é suportada pelos resultados.

Os filhos apresentam menor perturbação psicológica que as mães (Hipótese 5)?

A literatura sugere que as mulheres dos ex-combatentes que sofrem de PTSD apresentam mais psicopatologia do que os seus filhos, como a depressão e a ansiedade.

Segundo resultados apresentados anteriormente, constatámos que existem diferenças significativas em função do parentesco do sujeito quanto à STSD, à depressão, à ansiedade estado e à ansiedade traço. Verificámos que as mães evidenciam mais STSD ($M=43.94$) e níveis mais elevados de depressão ($M=15.70$), de ansiedade

estado ($M=50.03$) e de ansiedade traço ($M=51.61$) do que os seus filhos ($M=30.39$; $M=10.18$; $M=41.94$; $M=43.82$, respectivamente) .

Tal como tem sido descrito na literatura, na nossa amostra os filhos também apresentam menor perturbação psicológica do que as mães, resultado este que dá assim suporte à quinta hipótese do presente estudo.

Efeitos de mediação e moderação da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas entre a sintomatologia de PTSD dos ex-combatentes e a sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos (Hipóteses 6 e 7)

Como já verificámos, não existe relação entre as variáveis PTSD do ex-combatente e STSD do filho, pelo que na nossa investigação não foi possível encontrar suporte para ambas as hipóteses seis e sete.

Capítulo VI – Discussão dos Resultados

Discussão dos Resultados

Este estudo teve como finalidade principal compreender o impacto que a PTSD dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa tem nas suas famílias, verificando se a sintomatologia de PTSD e a sintomatologia comórbida dos ex-combatentes é preditora da STSD e de sintomatologia comórbida das suas esposas e filhos.

Por outro lado, dado que a análise incidiu sobre famílias, e que, numa perspectiva sistémica, a natureza das relações familiares são pautadas pela interdependência entre os papéis e as funções desempenhadas pelos vários membros da família, procurámos igualmente ver qual a influência da sintomatologia das mães sobre a dos filhos.

Efectivamente, a maior parte das nossas hipóteses obteve suporte e estão de acordo com outros estudos existentes na literatura.

A evidência de STSD e de sintomatologia comórbida nas esposas

Bramsen et al. (2002), realçaram que as reacções de stress pós-traumático de ambos os membros do casal não são independentes uma da outra, ou seja, a sintomatologia de PTSD num dos elementos prevê a sintomatologia traumática no seu cônjuge.

Tal como Pereira e Ferreira (2006) apuraram a existência de STSD em esposas de ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial (78% numa amostra de 58 mulheres), reforçando as conclusões de diversos estudos empíricos internacionais (*e.g.* Solomon et al., 1992; Matsakis, 1996; Arzi et al., 2000; Bramsen, Van der Ploeg & Twisk, 2002),

no nosso estudo também verificámos que as esposas dos ex-combatentes com sintomatologia de PTSD apresentam sintomas de STSD, o que se poderá dever ao contacto emocional profundo e íntimo com os seus maridos. Esta constatação é reforçada pela análise da caracterização das experiências traumáticas registadas por estas esposas no TEQ, em que verificámos que 28.8% consideraram que “Estar exposta a reacções emocionais ou comportamentos negativos (e.g. irritabilidade, acessos de cólera, isolamento, revivência do trauma) do marido com PTSD” era a situação mais traumática para si. A segunda situação mais enumerada, com 12.1%, foi a referente a “Vivenciou ou foi testemunha de algum grave acidente industrial, agrícola ou de viação ou de um grande incêndio ou explosão” e a “Esteve em sério perigo de perder a sua vida ou de ficar gravemente ferida”, mas na verdade algumas das situações descritas associam-se igualmente às reacções emocionais e ao comportamento do marido, como a agressividade, as ameaças de morte e a violência doméstica. Estes dados reflectem o que a literatura tem descrito acerca dos comportamentos de hostilidade e agressividade nestas famílias (Carroll, Foy & Donahoe, 1985, citado por Figley, 1998).

Também verificámos que o perfil de sintomas que estas mulheres apresentam é semelhante ao dos ex-combatentes, embora menos severo. Considerando que cuidar de um doente com PTSD é um stressor crónico (Figley, 1998) e se lembrarmos as descrições efectuadas por Matsakis (1996), segundo as quais estas mulheres têm tendência para relegar para segundo plano as suas próprias necessidades pessoais, não é de estranhar que também apresentem depressão e ansiedade. A incapacidade emocional, interpessoal e profissional, gerada muitas vezes pela própria sintomatologia de PTSD do ex-combatente, e o sentimento de revolta ou de frustração pela dificuldade de compreensão ou de ajuda por parte da esposa, pode naturalmente levar ao

desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva em ambos os membros do casal, o que observámos na nossa amostra.

Através dos nossos resultados, apurámos que a variável depressão do ex-combatente é um preditor significativo da depressão e da ansiedade estado das esposas. Se nos reportarmos às características sócio-demográficas da nossa amostra, observamos que 68.2% dos ex-combatentes já estão reformados, enquanto que a maioria das suas esposas (42.4%) ainda estão activas profissionalmente. Estes dados, tal como o conhecimento clínico da realidade de algumas destas mulheres, sugerem-nos que elas continuam a assumir a sobrecarga de tarefas de gestão económica, financeira e profissional que Matsakis (1996) largamente aborda.

Por outro lado, uma característica relevante da nossa amostra e que é explicada fortemente pela cultura da mulher portuguesa (mulher tipicamente maternal e dedicada ao lar), ao contrário do acontece nas famílias dos ex-combatentes da guerra do Vietname, é que o casamento nos ex-combatentes portugueses é duradouro (no nosso estudo corresponde a uma média de 35 anos). Este aspecto, aliado aos níveis elevados e significativos de problemas nas diferentes áreas da vida conjugal (*e.g.* emprego, tarefas domésticas, liberdade individual, sexualidade, questões extra conjugais) que Anunciação (1997) aborda no seu estudo com ex-combatentes do Ultramar com PTSD, reforça o longo período de tempo de convívio e contacto com o trauma do marido, a dedicação e o desgaste emocional destas mulheres.

O papel do género na explicação da sintomatologia traumática dos filhos

Apesar de encontrarmos na revisão da literatura que a exposição dos filhos à sintomatologia dos seus pais traumatizados (Rosenheck & Nathan, 1985; Matsakis, 1996; Figley, 1998; Ahmadzadeh & Malekian, 2004) leva ao desenvolvimento de STSD, a verdade é que na nossa amostra não apurámos que a PTSD do ex-combatente seja preditora de sintomatologia traumática nos filhos.

Uma possível explicação para este resultado pode relacionar-se com o facto destes pais não partilharem praticamente nenhuma experiência de guerra com os seus filhos. Neste sentido, Rosenheck (1985, 1986) sugeriu que a exposição intensa e repetida às descrições detalhadas dos pais sobre as suas experiências traumáticas da guerra levava a que os seus filhos estivessem mais propensos a desenvolver STSD do que aqueles que não tinham qualquer informação sobre o assunto, o que é característico nos filhos dos ex-combatentes da Guerra Colonial. Assim, é possível que estes filhos não se tenham identificado com os pais nem internalizado a sua experiência traumática de guerra.

Outra explicação pode dever-se à atitude das mães, que numa tentativa de compensarem o comportamento distante e/ou instável dos pais, assumem o papel de super mães, funcionando como efeito amortecedor da sintomatologia dos maridos. Lopes Pires et al. (2006), falam de uma diluição no tempo, do provável impacto emocional dos ex-combatentes sobre os restantes elementos da família, sendo que o tempo que separa os filhos dos pais é superior ao que separa os ex-combatentes das suas esposas. Segundo os autores, este facto é ainda mais verdade se existirem irmãos mais novos no sistema familiar.

Como já vimos, alguns autores (Freud & Burlingham, 1942; Solomon, 1942; Bloch et al., 1956; Ziv & Israeli, 1973; Newman, 1976; McFarlane, 1987a, 1987b; Green et al., 1991, citado por Steinberg, 1998) têm defendido que as reacções emocionais dos pais são melhores preditores de presença de sintomatologia traumática nos filhos, do que a exposição directa destes a um acontecimento traumático. Contudo, na nossa amostra a variável preditora de PTSD nos filhos é o género e não a PTSD do pai.

Se analisarmos a caracterização feita no TEQ, sobre a vivência de acontecimentos traumáticos, verificamos que o acontecimento “Vivenciou ou foi testemunha de algum grave acidente industrial, agrícola ou de viação ou de um grande incêndio ou explosão” foi o segundo acontecimento mais mencionado pelos filhos (23.3%), (associado a acidentes de viação, acidente de trabalho, incêndio em casa, explosões, entre outros) e o acontecimento “Recebeu notícias sobre a mutilação, ferimento grave, ou morte violenta ou inesperada de alguém que lhe está próximo” (15%) foi o terceiro.

Por outro lado, a literatura têm referido que apesar dos homens estarem mais expostos a eventos traumáticos ao longo da vida, as mulheres revelam uma predisposição duas vezes mais elevada para desenvolverem PTSD (Vaz Serra, 2003). Se atendermos às características sócio-demográficas dos 66 filhos analisados verificamos que 41 (62.1%) são do sexo feminino. Recorde-se que os estudos epidemiológicos têm encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, sendo que em Portugal Albuquerque et al. (2003) encontraram uma diferença entre o sexo masculino e o sexo feminino, de 4.8% para 11.4%, respectivamente, verificando ainda que 43.5% das pessoas da amostra já tinham estado expostas a mais do que um acontecimento traumático e que a morte violenta de familiar ou amigo (12.3%) foi o terceiro

acontecimento traumático que causou PTSD na amostra estudada pelos autores. Neste sentido, podemos dizer que de certo modo os nossos resultados vão ao encontro dos dados apresentados por Albuquerque et al. (2003).

Outra questão que nos parece pertinente refere-se ao facto de que, se considerarmos que estes filhos têm um nível de escolaridade superior (*e.g.* 33.3% com 12º ano e 39.4% com licenciatura) ao das suas mães (48.5%), possuem eventualmente estratégias de coping mais consistentes e têm uma rede social mais alargada, podemos estar perante uma explicação para os resultados apurados, na medida em que estes factores têm sido descritos na literatura (*e.g.* Burgess & Holmstrom, 1978; Cohen & Roth, 1987; Solomon, 1988, citados por Vaz Serra, 2003; Campos et al., 2004) como factores protectores do desenvolvimento de PTSD.

A predição da ansiedade traço do ex-combatente na sintomatologia comórbida dos filhos

Na nossa amostra encontrámos que a ansiedade traço do ex-combatente, juntamente com a variável depressão e com a variável ansiedade estado, é preditora da depressão e da ansiedade estado dos filhos, respectivamente. Verificámos ainda que o género dos filhos, juntamente com todas as variáveis do pai (PTSD, depressão, ansiedade estado e ansiedade traço), tem um valor preditivo sobre a sua ansiedade traço.

Podemos encontrar a explicação para estes resultados nas teorias da personalidade, que definem esta variável como produto da organização dinâmica de factores hereditários, sociais e de experiências pessoais, que vai sendo construída com o decorrer da vida.

É frequente os ex-combatentes da Guerra Colonial mencionarem que mudaram características da sua personalidade desde que regressaram do Ultramar. Descrevem muitas vezes que deixaram de ser pessoas calmas e tranquilas. O CID-10 (1993) descreve inclusive que em alguns casos pode verificar-se uma alteração permanente da personalidade da vítima, após a vivência de um acontecimento traumático. Dada a comicidade da PTSD de guerra, é possível que a ansiedade persistente, característica desta patologia, se possa ter tornado numa predisposição estável, remetendo-nos então para um traço de personalidade nestes homens.

Por outro lado, como Catherall (1998) refere, o ambiente da família traumatizada é caracterizado por um contexto em que apesar dos elementos poderem ser fisicamente próximos, habitualmente a expressividade emocional está diminuída ou ausente. Assim, acaba por não haver conexão genuína ou intimidade entre a família, fixando-se fronteiras, padrões e regras disfuncionais.

Citando Matsakis (1996) a relação entre o ex-combatente e o seu filho pode caracterizar-se por um distanciamento emocional, evitando o confronto com o papel da parentalidade, ou por um comportamento de superprotecção e supervalorização. Neste caso, o ex-combatente apresenta-se como uma figura parental excessivamente protectora, controladora e restritiva. Assim, a visão do mundo como um lugar inseguro e incontrolável, distorção cognitiva típica de indivíduos traumatizados, é uma mensagem permanente nestes pais, o que vai gerar necessariamente nos filhos ansiedade e insegurança.

Numa perspectiva psicodinâmica, o estudo da parentalidade centra-se nos processos emocionais da relação pais-filhos e na sua influência no desenvolvimento psicossocial, psicossocial e da personalidade da criança. Nas teorias da aprendizagem

social, os estilos parentais (autoritativo, autoritário e permissivo) assumem lugar de destaque. Segundo Darling e Steinberg (1993), o estilo parental refere-se a uma constelação de atitudes face à criança, que lhe são comunicadas e que criam (no seu conjunto) um clima emocional, no qual os comportamentos parentais (como os gestos, as mudanças no tom de voz ou a expressão espontânea das emoções) são expressos. Ora, se o estado emocional do ex-combatente é tendencialmente marcado pela ansiedade e depressão, é natural que esse seja o clima emocional estabelecido entre pai e filho, o que poderá ser a explicação para a sua depressão e ansiedade (estado e traço).

A influência da sintomatologia das mães sobre a dos filhos

Tal como Lopes Pires et al. (2006) observaram que a depressão e a ansiedade das mães prediz a depressão e a ansiedade (respectivamente) dos filhos, no nosso estudo também confirmámos que a depressão das mães é preditora da depressão dos filhos e que a ansiedade traço das mães é preditora da ansiedade estado e da ansiedade traço (juntamente com o género) dos filhos.

Como Matsakis (1996) tem sublinhado, a tentativa destas mães de compensarem os filhos da ausência dos pais, fá-las desenvolver relações de grande proximidade com os seus filhos, estabelecendo até muitas vezes relações de emaranhamento com eles. Estudos empíricos sugerem que mães depressivas e ansiosas tendencialmente têm filhos deprimidos e ansiosos, dada a natureza da relação privilegiada mãe-filho.

Por outro lado, Pereira e Ferreira (2006) observaram na sua amostra que o diagnóstico das esposas tem implicações ao nível da saúde e da psicopatologia mas não afecta as variáveis familiares e sociais, podendo explicar “a protecção da vida familiar

que as esposas parecem fazer (...)”, ao assumirem maioritariamente o papel de gestoras do lar e de cuidadoras dos filhos (Williams, 1980, citado por Pereira & Ferreira, 2006). Como Lopes Pires et al. (2006) referem, estas mães acabam por “amortecer” a sintomatologia dos seus maridos, protegendo assim os filhos dos efeitos da PTSD do ex-combatentes.

Dado o exposto, faz-nos sentido que os filhos apresentem menor perturbação psicológica do que as suas mães.

Reflexão sobre a análise do Grupo 1 (sem PTSD) e do Grupo 2 (com PTSD)

Apesar da nossa análise ter incidido essencialmente sobre as 66 famílias (198 participantes) importa fazer uma breve reflexão sobre a análise comparativa inicial dos dois Grupos.

No que se refere à comparação entre o Grupo 1 (sem PTSD) e o Grupo 2 (com PTSD), os resultados encontrados no PCL foram ao encontro do esperado quanto à PTSD dos ex-combatentes dos dois grupos.

Sendo o Grupo 2 constituído por ex-combatentes com o diagnóstico clínico de PTSD era de esperar que apresentassem resultados mais elevados do que o Grupo 1. O facto de os ex-combatentes do Grupo 1 também apresentarem médias elevadas no PCL levou-nos a ter em consideração um outro método de cotação utilizado pelos autores deste instrumento para apurar a presença / ausência de sintomatologia que preencha os critérios de diagnóstico de PTSD, seguindo posteriormente as regras de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002). Assim, apurámos que no Grupo 1, 25 ex-combatentes preenchiam,

à data de resposta do PCL, os critérios de diagnóstico de PTSD, valor que é semelhante ao encontrado no Grupo 2 (28 ex-combatentes). Esta discrepância entre o diagnóstico clínico prévio e o diagnóstico possibilitado pelo PCL pode reflectir flutuações na sintomatologia, fases de remissão, total ou parcial, e de reactivação dos sintomas. E alerta-nos seguramente para a importância das formas subclínicas de PTSD.

De facto, autores como Blanchard e Hickling (1997), têm vindo a alertar para a importância da PTSD parcial, em que os indivíduos traumatizados não apresentam os sintomas necessários para o preenchimento completo dos critérios de diagnóstico de PTSD, mas encontram-se igualmente afectados no seu funcionamento quotidiano, e com risco acrescido de reactivação sintomática.

Um resultado que não era esperado é o de não termos encontrado diferenças significativas entre as esposas do Grupo 1 e as do Grupo 2. Esta constatação pode remeter-nos para outros factores como as estratégias de coping utilizadas por ambas, o que efectivamente não foi objecto de estudo nesta investigação. Contudo, considerando que os seus maridos preenchem os critérios actuais para um quadro clínico ou subclínico de PTSD, explica-se assim que o impacto nas suas esposas, ao nível da depressão, ansiedade estado e ansiedade traço, seja similar ao encontrado no Grupo 2. É ainda de referir que no PCL apurámos 12 esposas no Grupo 1 e 16 esposas no Grupo 2 com critérios de diagnóstico de PTSD.

Em relação aos filhos, como já vimos, o que prediz a sua sintomatologia de PTSD não é a PTSD do pai nem a PTSD da mãe, mas sim o seu género, o que explica também não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os filhos de ambos os grupos (registámos 6 filhos do Grupo 1 e 6 filhos do Grupo 2 com critérios actuais de PTSD, de acordo com o PCL).

Após a revisão da literatura verificámos que é frequente encontrarmos a presença de sintomatologia comórbida entre os ex-combatentes de guerra e os seus familiares. Como é sugerido em outros estudos (*e.g* Lopes Pires et al., 2006), encontrámos sempre na nossa amostra que os ex-combatentes apresentam mais psicopatologia do que as suas esposas e que estas têm valores mais elevados do que os seus filhos, em todas as variáveis estudadas (depressão, ansiedade estado e ansiedade traço). Tal como reforça Minuchin (2002, citado por Parke, 2004) os membros da família (pai, mãe e filhos) influenciam-se uns aos outros, directa e indirectamente.

Paralelamente, não encontrámos diferenças significativas entre os ex-combatentes e as esposas dos dois grupos quanto ao índice de depressão, resultado este que poderá ser explicado pelo facto de o Grupo 1 ser constituído por ex-combatentes que também têm ou já tiveram acompanhamento psiquiátrico e ou psicológico, muitas vezes com queixas compatíveis com quadros de depressão e ansiedade. Contrariamente, apurámos que os filhos do Grupo 2 são mais deprimidos do que os filhos do Grupo 1, o que poderá ser explicado pelos valores de psicopatologia mais elevados nos seus pais.

Relativamente à ansiedade estado, observámos que os ex-combatentes do Grupo 2 apresentam mais ansiedade no momento do que os ex-combatentes do Grupo 1 e do que as suas esposas (Grupo 2), o que parece ser explicável pela variável PTSD dos ex-combatentes, que por sua vez se trata de uma perturbação do espectro da ansiedade. Curiosamente, entre os ex-combatentes e as esposas do Grupo 1 e entre as esposas e os filhos de ambos os grupos não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Por fim, na ansiedade traço não encontrámos diferenças significativas entre os ex-combatentes do Grupo 1 e do Grupo 2, nem entre as esposas e filhos de ambos os grupos.

Tendo em conta que a literatura tem descrito a existência de STSD nos filhos dos ex-combatentes, e como na nossa amostra a PTSD do ex-combatente é preditora de STSD das esposas, pensámos inicialmente que podia existir um efeito de mediação ou de moderação da sintomatologia de STSD e comórbida das esposas sobre a sintomatologia de PTSD dos maridos e a sintomatologia de STSD e comórbida dos filhos, mas ao contrário do que esperávamos esse efeito não se verifica na nossa amostra.

Capítulo VII – Conclusões

Conclusões Gerais

Os resultados do presente estudo realçam que os cônjuges de indivíduos traumatizados estão particularmente em risco de desenvolver sintomatologia traumática por estarem emocionalmente próximos, como é próprio de uma relação conjugal.

Efectivamente, o nosso estudo confirma a existência de STSD nas esposas de ex-combatentes com sintomatologia de PTSD da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), o que vai ao encontro do que tem sido demonstrado na literatura. Por outro lado, o presente estudo revela igualmente a existência de sintomatologia comórbida nestas mulheres, demonstrando que apresentam sintomatologia similar à dos seus maridos, embora de forma menos severa.

Apesar da relação entre o impacto da PTSD do ex-combatente sobre a sintomatologia dos filhos não ter sido verificada, encontrámos uma influência da sintomatologia comórbida das esposas sobre a sintomatologia comórbida dos filhos. Por sua vez, nestes apurámos igualmente a presença de sintomatologia de PTSD, no entanto, a variável que prediz esta perturbação é o seu género e não a PTSD do pai ou a sintomatologia da mãe.

Em suma, os ex-combatentes com sintomatologia de PTSD apresentam mais psicopatologia do que as suas esposas e estas têm valores mais elevados do que os seus filhos, em todas as variáveis estudadas (depressão, ansiedade estado e ansiedade traço).

Contributos

Dado que em Portugal, não existem praticamente estudos sobre o impacto da PTSD dos ex-combatentes nas suas famílias, o nosso estudo surge como um contributo que julgamos relevante nesta área, reforçando dados já encontrados por outros investigadores (Pereira & Ferreira, 2006; Lopes Pires et al., 2006).

Efectivamente, o presente estudo também veio contribuir com conhecimento científico sobre as vítimas de traumatização secundária, que só muito recentemente têm ganho relevo nos estudos empíricos (*e.g.* Tobal et al., 2006).

Considerando os resultados que encontrámos no PCL da nossa amostra, este estudo alerta-nos também para a necessidade de consciencialização desta problemática pelos técnicos de saúde mental, que muitas vezes subvalorizam as queixas dos ex-combatentes, em particular, considerando-os doentes apelativos e com simulação de sintomatologia.

O presente trabalho enfatiza ainda a necessidade premente da literatura sobre o trauma e sobre a intervenção no trauma começar a considerar as famílias dos indivíduos traumatizados como objecto de estudo, procurando igualmente testar modelos teóricos e aplicados sobre a traumatização secundária.

Efectivamente os resultados alertam-nos para o distress e sofrimento clínico experienciado no seio destas famílias e realçam a importância da intervenção familiar ser incluída no tratamento standard da intervenção da PTSD (Figley, 1978; Kelly, 1985; Sonnemberg, Blank e Talbot, 1985, citado por Pereira, 2003; Figley, 1998), o que nem sempre é contemplado pelos terapeutas. O tratamento da PTSD envolve a psicoeducação acerca da natureza da perturbação, a promoção de um meio de suporte e

segurança e diminuição do distress associado às memórias traumáticas (Yehuda, 2002). A intervenção familiar com indivíduos traumatizados tem como objectivo recuperar e estabilizar a família, com actuação ao nível da STSD e do processo familiar, contemplando a estrutura familiar e os recursos de coping anteriores ao trauma (Catherall, 1997, citado por Pereira, 2003). Neste sentido, o modelo de intervenção deve contemplar uma fase disjunta para todos os elementos (individual ou em grupo) e uma fase conjunta de terapia familiar (Rosenheck e Thomson, 1999).

Um outro contributo deste estudo relaciona-se com a tradução e adaptação para português de um instrumento (*Traumatic Events Questionnaire*-TEQ), que pode ser utilizado no âmbito de futuras investigações sobre a avaliação de vivência de experiências traumáticas.

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações, que se relacionam com a metodologia utilizada.

Tratando-se a nossa amostra de uma amostra de conveniência, não foi recolhida de modo aleatório, o que pode colocar em causa a representatividade das famílias de ex-combatentes existentes em Portugal. Por seu turno, sendo um estudo de cariz descritivo e correlacional, não se procedeu à constituição de um grupo de controlo, podendo colocar em causa a generalização dos resultados encontrados.

Tendo em conta que os questionários são de auto-preenchimento, e que alguns foram preenchidos no exterior das instalações da APOIAR, sem a supervisão dos investigadores e dos técnicos da Associação, tornou-se difícil controlar a influência de

variáveis externas, podendo ocorrer enviesamentos como a dificuldade de compreensão de alguns itens, respostas aleatórias, falsificação de dados e efeitos da desajustabilidade social.

Outra limitação do presente estudo refere-se à dificuldade em controlar a variável PTSD dos ex-combatentes. Embora esse esforço tenha sido uma preocupação, através do conhecimento prévio do diagnóstico dos ex-combatentes que inicialmente constituíram o Grupo 2, o facto é que constatámos que os ex-combatentes do Grupo 1, que clinicamente não satisfaziam os critérios de diagnóstico, também apresentavam sintomas de PTSD ou PTSD parcial.

Implicações Futuras

Tendo sido a amostra recolhida apenas na zona de Lisboa, apesar de muitos dos participantes serem de outras localidades do país, torna-se necessária a replicação dos resultados encontrados. Por outro lado, torna-se ainda fundamental a replicação destes dados com ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial de outras Associações (*e.g* Associações de Braga, Porto, Coimbra, Algarve), de modo a contribuir para uma eventual generalização dos resultados encontrados.

Em investigações futuras, seria importante compreender plenamente a natureza da dinâmica e das relações familiares, bem como a interdependência entre os papéis e as funções desempenhadas pelos vários membros da família traumatizada. Seria igualmente interessante analisar a importância do papel das estratégias de coping nestas famílias, bem como os factores de risco e de resiliência preditores de melhores níveis de bem-estar.

Uma vez que a literatura revela que ainda não existe um modelo conceptual, validado e suportado empiricamente, sobre a traumatização secundária, a aposta em estudos longitudinais torna-se necessária e fundamental. Por outro lado, apesar das várias abordagens de tratamento da PTSD, são poucos os modelos que oferecem uma intervenção terapêutica junto das famílias afectadas pelo trauma. Assim, um melhor conhecimento desta realidade a médio e longo prazo, poderá permitir delinear, implementar e avaliar um programa de intervenção dirigido aos ex-combatentes e suas famílias, de modo a incrementar a resiliência e o bem-estar destas famílias.

BIBLIOGRAFIA

Referências bibliográficas

- Ahmadzadeh, G., & Malekian, A. (2004). Agression, Anxiety, and Social Development in Adolescent Children of War Veterans with PTSD versus those of Non-Veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 5, 231-234.
- Alarcon, R.D., Deering, C. G., Glover, S.G., Ready, D.J. & Eddleman, H.C (1997). Should there be a clinical typology os posttraumatic stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (2), 159-167.
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios Pós-Traumáticos do Stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 1-9.
- Albuquerque, A., & Lopes, F. (1997). Stress de Guerra: A ferida encoberta. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 47-56.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 1-12.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.). Wahington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Wahington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Wahington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed - rev.). Wahington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed). Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.ª ed.). Lisboa: Climepsi.

- Anunciação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*, 4, 595-604.
- Arzi, N.B., Solomon, Z. & Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14 (8), 725-736.
- Baird, K. & Kracen, A. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (2), 181-188.
- Ballenger, J.C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., McFarlane, A. C. & Shalev, A. Y. (2000). Consensus Statement on Posttraumatic Stress Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 60-66.
- Baranowsky, A. B., Young, M., Johnson-Douglas, S., Williams-Keeler, L., & McCarrey, M. (1998). PTSD Transmission: a review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Canadian Psychology*, 39 (4), 247-256.
- Barekatain, M., Taghavi, T., Salehi, M., & Hasanzadeh, A. (2006). The Efficacy of Rational-Emotive-Behavioral versus Relaxation Group Therapies in Treatment of Aggression of Offspring of Veterans with Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Research in Medical Sciences*, 11 (1), 34-40.
- Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock & Erbaugh (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Blanchard, E.B., & Hickling, E.J. (1997). The psychological treatment of PTSD. *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivor*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Boss, P. (2002). *Family Stress Management- A Contextual Approach*. Thousand Oaks: Sage.

- Bramsen, I., Van der Ploeg, H.M., & Twisk, J.W.R. (2002). Secondary Traumatization in Dutch Couples of World War II Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 241-245.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., Peterson, E. & Schultz, L. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Silva, D. R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade Forma Y (STAI) de Spielberger para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Campos, M., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 277-286.
- Catherall, D.R (1998). Treating Traumatized Families. In C.R., Figley (Eds.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring* (pp. 187-215). New York: CRC Press.
- Chaplin, J.P. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Chilcoat, H.D., & Menard, C. (2003). Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette, & P.J. Brown (Eds). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 9-28). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Corsini, J.R. (1999). *The Dictionary of Psychology*. USA: Brunner/Mazel.
- Crocq, M.A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2 (1), 47-55.

- Daud, A., Skoglund, E. & Rydelius P-A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*, 14, 23-32.
- Davidson, J. R., Smith, R. D. Kulder, H. S. (1989). Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (4), 339-345.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Deighton, R.M., Gurrus, N., & Traue, H. (2007). Factores Affecting Burnout and Compassion Fatigue in Psychotherapists Treating Torture Survivors: Is the Therapist's Attitude to Working Through Trauma Relevant?. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), 63-75.
- Dekel, R. & Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: the role of POW's distress. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 27-33.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elhai, J.D., Gray, M.J, Kashdan, T.B. & Franklin, C.L. (2005). Which Instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 541-545.
- Fields, R.B. (1996) Severe Stress and Elderly: Are Older Adults at Increased Risk for Posttraumatic Stress Disorder? In P.E Ruskin & J.A. Talbott (Eds), *Aging and Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 79-100). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Figley, C. R. (1995a). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R. H. Mikesell, D. Lusteran, & S. McDaniel (Eds.). *Family psychology and systems therapy: A handbook* (pp. 571-584). Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Figley, C.R (1995b). Compassion Fatigue: an introduction. Retirado em 23 de Setembro de 2008 de <http://mailer.fsu.edu/~cfigley/CFintro.html>
- Figley, C.R. (1998). Burnout as Systemic Traumatic Stress: a Model for helping traumatized family members. In C.R., Figley (Ed.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring* (pp. 15-28). New York: CRC Press.
- Gilbert (1988). Understanding the Secondary Traumatic Stress os Spouses. In C.R., Figley (Ed.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring* (pp. 47-74). New York: CRC Press.
- Gonçalves, S. (2007). Perturbações Psicológicas Associadas aos Acidentes de Trabalho: o papel moderador do coping social e da coesão grupal. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional, Lisboa ISCTE (policopiado).
- Gouveia, J.P., & Sacadura, C.A. (2003). Terapia Cognitivo-Comportamental na Perturbação Pós-Stress Traumático. In M.G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e Intervenção* (pp. 163-185). Lisboa: Climepsi Editores.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hobfoll, S. E., Spielberger, C. D., Breznitz, S., Figley, C., Folkman, S., Lepper-Green, B., Meichenbaum, D., Milgram (1991). War related stress. *Americcan Psychologist*, 46 (8), 848-855.
- Hobfoll, S. E. & Vaux, A. (1993). Social Support: Social Resources and Social Context. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds). *Handbook of Stress- Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 685-705). New York: Free Press.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Holen, A. (2000). Posttraumatic Stress Disorder, Delayed. In G. Fink (Ed.). *Encyclopedia of Stress* (pp. 179-181). San Diego: Academic Press.

- Iruarrizaga, I., Tobal, J. J. M., Vindel A. C., & Ordi, G. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas , familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 195-206.
- Jenkins, S.R. & Baird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 423-432.
- Jolly, A. (2003). Epidémiologie des PTSD. *The International Journal of Victimology*, 1. Retirado em 29 de Setembro de 2007 de http://www.jidv.com/njidv/index.php?option=com_content&view=article&id=275:epidemiologie-des-ptsd&catid=111:jidv05&Itemid=403.
- Kahill, S. (1988). Interventions for burnout in the helping professions: A review of empirical evidence. *Canadian Journal for Counselling Review*, 22 (3), 310-342.
- Kaplan H. I. & Sadock, B. J. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (pp. 617-623). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan, C.A. & Owens, J. (2004). Parental Influences on Vulnerability and Resilience. In M. Hoghughi & N. Long (Eds.), *Handbook of Parenting: Theory and research for practice* (pp. 72-87). London: Sage.
- Keane, T.M., Kolb, L. C., Kaloupek, D. G., Orr, S.P., Blanchard, E.B, Thomas, R. G., Hsieh, F. Y. & Lavori, P. W. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Results from a department of veterans affairs cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 914-923.
- Kellermann, N. P. F. (2001). Transmission of Holocaust trauma: An integrative view. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*, 64, 256-267.
- Kessler; R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in a National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 4-12.

- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: a prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19 (4), 507-516.
- Lapierre, C. B., Schwegler, A. F., & LaBauve, B. J. (2007). Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning combat operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 933-943.
- Lauterbach, D. (2001). Personality profiles of trauma survivors. *Traumatology*, 7 (1), 5-18.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lee, D. & Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: diagnosis issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, 13, 150-158.
- Lopes Pires, C.M, Lopes Pires, C.T., Costa, P.J., Cruz, A., Martins, D.A., Vieira, D., Domingues, M., Santos, M., Luís, R., Vieira, T. & Vieira, M. (2006). Ex-Combatentes e familiares: alguns dados preliminares sobre o possível impacto do estado emocional dos ex-combatentes em esposas e filhos. In P.J. Costa, C.M. Lopes Pires, J. Veloso, & C.T. Lopes Pires (Eds.), *Stresse Pós-Traumático* (pp.111-119).
- Maia, A. C. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. In P.J. Costa, C.M. Lopes Pires, J. Veloso, & C.T. Lopes Pires (Eds.), *Stresse Pós-Traumático* (pp.21-33).
- Marques Pinto, A., Gonçalves, S. P., & Lima, M. L. (no prelo). Stress e Trauma, Continuidades e Descontinuidades: para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2000). Burnout. In G. Fink (Ed.). *Encyclopedia of Stress*, (pp.358-362). San Diego: Academic Press.

- Matsakis, A. Ph.D. (1996). *Vietnam Wives: Facing the challenges of life with Veterans Suffering Post-Traumatic Stress*. The Sidran Press.
- McCann, I. L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983a). Family Stress and adaptation to crises: a Double ABCX Model of Family Behavior. In D.H. Olson & B.C. Miller (Eds.). *Family Studies Review Yearbook* (pp. 87-106). Beverly Hills: Sage.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983b). Family Transitions: Adaptation to Stress. In H. McCubbin & C. Figley (Eds.). *Stress and the Family I: Coping with normative transitions* (pp. 19-25).
- McNally, R.J. (2003). Progress and controversy in the study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 203-213.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). Trauma e Coping: natureza e curso de um processo. In M.G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e Intervenção* (pp. 91-107). Lisboa: Climepsi.
- Neller, D. J., Denney, R. L., Pietz, C. A., & Thomlinson, R. P. (2005). Testing the trauma model of violence. *Journal of Family Violence*, 20 (3), 151-159.
- Nelson, B.S. & Wright, D. W. (1996). Understanding and treating Post-Traumatic Stress Disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22 (4), 455-467.
- Ordi, H. G., Tobal J. J. M., Vindel, A. C., & Iruarizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 207-217.

- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Parke, R.D. (2004). Development in the Family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-369.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pereira, A.C. (1997). PTSD-Consequências Sócio-Familiares. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 30-35.
- Pereira, A.G (2003). Impacte e avaliação do Stress Traumático na família: Perturbação Secundária de Stress Traumático. In M.G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e Intervenção* (pp. 91-107). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M.G., & Ferreira, J.M. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial. In P.J. Costa, C.M. Lopes Pires, J. Veloso, & C.T. Lopes Pires (Eds.), *Stresse Pós-Traumático* (pp.37-46).
- Prager, J. (2003). Lost childhood, lost generations: the intergenerational transmission of trauma. *Journal of Human Rights*, 2 (2), 173-181.
- Pulido, M.L. (2007). In Their Words: Secondary Traumatic Stress in Social Workers responding to the 9/11 Terrorist Attacks in New York City. *Social Work*, 52 (3), 279-281.
- Relvas, A.P. (2005). Família e Stress: das crises normativas às crises inesperadas, como intervir numa Perspectiva Sistémica. In A. Marques Pinto & A.L Silva (Eds.). *Stress e bem-estar* (pp. 43-58). Lisboa: Climepsi.
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In, P. Resick, *Stress and Trauma* (pp.95-115). USA: Psychology Press.

-
- Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A. & Heinrich S. (1998). On the validity of the Beck depression inventory. *Psychopathology*; 31, 160-8.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 87-101.
- Riggs, D.S., & Foa, E.B. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology* (pp.83-90). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 538-539.
- Rosenheck, R. (1986). Impact of posttraumatic stress disorder of World War II on the next generation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (6), 319-327.
- Rosenheck, R. & Fontana, A. (1998). Transgenerational Effects of Abusive Violence on the Children of Vietnam Combat Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (4), 731-742.
- Rowland-Klein, D. & Dunlop, R. (1997). The transmission of trauma across generations: identification with parental trauma in children of Holocaust survivors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 358-369.
- Ruscio, A.M., Weathers, F.W., King, L.A. & King, D.W. (2002). Male War-Zone Veterans` Perceived Relationships With Their Children: The Importance of Emotional Numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 351-357.
- Russel, D., Peplau, L. & Cutrona, C. (1980).The revised UCLA corelines scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3):472-480.
- Shalev, A. (1996). Stress versus traumatic stress from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In, B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 77-101). New York: The Guilford Press.

- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., Florian, V., & Bleich, A. (1992). From frontline to home front: A study of secondary traumatisation. *Family Process*, 31, 289-302.
- Sorscher, N. & Cohen, L. (1997). Trauma in children of holocaust survivors: transgenerational effects. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (3), 493-500.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L, Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A.(1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): "Self-Evaluation Questionnaire"*. Florida: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Steinberg, A. (1998). Understanding the Secondary Traumatic Stress of Children. In C.R., Figley (Ed.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring* (pp. 29-46). Boca Raton: CRC Press.
- Sutker, P. B., Davis, J.M., Uddo, M. & Ditta, S.R. (1995). War zone stress, personal resources and PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 444-452.
- Traft, C. T., Street, A. E., Marshall, A. D., Dowdall, D. J., & Riggs, D. S. (2007). Posttraumatic Stress Disorder, anger, and partner abuse among Vietnam combat veterans. *Journal of Family Psychology*, 21 (2), 270-277.
- Valent (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C.R., Figley (Ed.). *Treating Compassion Fatigue* (pp. 17-38). New York: Brunner-Routledge.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M.G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e Intervenção* (pp. 21-33). Lisboa: Climepsi Editores.
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2 (1), 7-22.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.

- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of holocaust survivors less well-adapted? A meta analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (5), 459-469.
- Waysman, M., MiKulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary Traumatization Among Wives of Posttraumatic Combat Veterans: A Family Typology. *Journal of Family Psychology*, 7 (1), 104-118.
- Westerink, J. & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam Veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 841-847.
- Williams, R. (1999). Personality and Posttraumatic Stress Disorder. In W. Yule (Ed.). *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 92-115). New York: John Wiley & Sons.
- Wolfe, J., Erickson, D. J., Sharkansky, E. J., King, D. W., & King, L. A. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 520-528.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Giller, E.L., Siever, L.J., & Binder-Brynes, K. (1998). Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring. *AM J Psychiatry*, 155 (6), 841-843.
- Yehuda, R, Halligan, S.L & Bierer, L.M (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (5), 261-270.
- Zavaschi, M. L. (2003). Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Polocopiado).
- Zulueta, F. (2006). The treatment of psychological trauma from the perspective of attachment research. *Journal of Family Therapy*, 28, 334-351.

ANEXOS

ANEXO I**FOLHA DE RECOLHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Este estudo, realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, tem como objectivo avaliar o impacto emocional da perturbação psicológica crónica do ex-combatente da guerra colonial na família, nomeadamente na sua esposa e filho(s). Não existem respostas certas ou erradas, pois as pessoas têm diferentes formas de pensar e de sentir.

Toda a informação é anónima e confidencial, sendo apenas utilizada para fins estatísticos no contexto desta investigação. A sua colaboração é fundamental. Por favor, responda com toda a sinceridade, não deixando respostas em branco. Leia com atenção as questões e responda a todas elas.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Dados Sócio-Demográficos

O presente questionário pretende recolher alguns dados pessoais para caracterizar a amostra das pessoas que vão participar no estudo. Para cada questão seleccione cuidadosamente a opção que for mais adequada para si. Obrigada.

1- Sexo ☐1 Masculino ☐2 Feminino

2- Idade _____

3- Estado Civil

☐1 Solteiro(a)

☐2 Casado(a)

☐3 Divorciado(a)

Há quantos anos? _____

☐4 Viúvo(a)

☐5 Vive com companheira(o) Há quantos anos? _____

☐6 Outra: _____

4-Tem filhos? ☐1 Não ☐2 Sim Quantos? _____

5- Habilitações literárias completas:

☐1 Sem escolaridade

☐5 9º Ano

☐9 Bacherlato

☐2 Menos do que a 4ª classe

☐6 10º Ano

☐10 Licenciatura

☐3 4ª classe

☐7 11º Ano

☐11 Mestrado

☐4 Menos do que o 9º Ano

☐8 12º Ano

☐12 Outros: _____

6- Situação laboral actual

☐1 Activo(a) Profissão _____

☐2 Desempregado(a)

☐3 Reformado(a)

☐4 Outra _____

7- Já teve ou tem acompanhamento psicológico?

☐1 Não

☐2 Sim Onde? _____ Há quanto tempo? _____

8- Já teve ou tem acompanhamento psiquiátrico?

☐1 Não

☐2 Sim Onde? _____ Há quanto tempo? _____

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES POR FAVOR.

ANEXO II

TRADUÇÃO DO TRAUMATIC EVENTS QUESTIONNAIRE (TEQ)

Vrana & Lauterbach (1994)

versão traduzida e adaptada por Martinho de Oliveira & Marques Pinto (2007)

Questionário de eventos traumáticos

Este questionário descreve uma diversidade de acontecimentos traumáticos que podem ter sido vividos por si. Para cada uma das questões numeradas que se seguem indique se experienciou esse acontecimento ou não.

Se viveu algum desses acontecimentos faça uma cruz (x) no “sim” e complete os itens identificados por letras que surgem imediatamente a seguir e que pedem mais detalhes sobre essa situação. Se não viveu esse acontecimento faça uma cruz (x) no “não” e siga para a questão numerada seguinte.

1- Vivenciou ou foi testemunha de algum grave acidente industrial, agrícola ou de viação ou de um grande incêndio ou explosão?																																					
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 2																																				
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p><u>Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:</u></p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																
1	2	3	4	5	6																																
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																
1	2	3	4	5	6																																
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																
1	2	3	4	5	6																																

	<p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td><td>Um Pouco</td><td>Moderado</td><td>Bastante</td><td>Muito</td><td>Extremamente</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> <p>g) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6																																				
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
<p>2- Vivenciou algum desastre natural como um tornado, um furacão, inundações ou um grande tremor-de-terra?</p>																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 3																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p><u>Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:</u></p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td><td>Um Pouco</td><td>Moderado</td><td>Bastante</td><td>Muito</td><td>Severamente</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> <p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td><td>Um Pouco</td><td>Moderado</td><td>Bastante</td><td>Muito</td><td>Extremamente</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td><td>Um Pouco</td><td>Moderado</td><td>Bastante</td><td>Muito</td><td>Extremamente</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td><td>Um Pouco</td><td>Moderado</td><td>Bastante</td><td>Muito</td><td>Extremamente</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> <p>g) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
<p>3- Já foi vítima de algum crime violento como violação, roubo ou assalto?</p>																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 4																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p><u>Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:</u></p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td><td>Um Pouco</td><td>Moderado</td><td>Bastante</td><td>Muito</td><td>Severamente</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6																																				
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												

	<p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>g) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
4- Na infância foi vítima de abuso físico ou sexual?																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 5																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Que idade tinha quando o abuso começou? _____</p> <p>b) Que idade tinha quando terminou? _____</p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>g) O agressor era homem ou mulher? <input type="checkbox"/>₁ homem <input type="checkbox"/>₂ mulher</p> <p>h) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
5- Em adulto teve alguma experiência sexual indesejada que envolvesse ameaça ou uso da força?																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 6																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p><i>Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:</i></p>																																																

	<p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>g) O agressor era homem ou mulher? <input type="checkbox"/>₁ homem <input type="checkbox"/>₂ mulher</p> <p>h) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
<p>6- Alguém, incluindo membros da sua família, já o(a) agrediu sem arma, espancou ou agarrou com força?</p>																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 7																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p><i>Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:</i></p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												

	g) Quem foi o agressor? _____ h) Qual foi o acontecimento? _____																																																
7- Já esteve exposto(a) a reacções emocionais ou comportamentos negativos (por exemplo irritabilidade, acessos de cólera, isolamento, revivência do trauma) de algum ente querido (cônjuge, pai/mãe) com Perturbação de Stress Pós-Traumático?																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 8																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens: a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/> ₁ uma <input type="checkbox"/> ₂ duas <input type="checkbox"/> ₃ 3 vezes ou mais b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ c) Ficou ferido(a)? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> d) Sentiu a sua vida ameaçada? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> e) Em que medida é que foi traumático para si na altura? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> f) Em que medida é que é traumático para si actualmente? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> g) Qual foi o acontecimento? _____	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
8- Testemunhou alguém a ser mutilado, gravemente ferido ou morto violentamente?																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 9																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens: a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/> ₁ uma <input type="checkbox"/> ₂ duas <input type="checkbox"/> ₃ 3 vezes ou mais b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ <u>Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:</u> c) Ficou ferido(a)? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> d) Sentiu a sua vida ameaçada? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> e) Em que medida é que foi traumático para si na altura? Não <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												

	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?
 Não ☐₁
 Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

g) Qual foi o acontecimento? _____

9- Esteve em sério perigo de perder a sua vida ou de ficar gravemente ferido(a)?

Não ☐₁ Se respondeu não siga para a questão nº 10

Sim ☐₂ Se respondeu sim, responda a todos os seguintes itens:

a) Quantas vezes? ☐₁ uma ☐₂ duas ☐₃ 3 vezes ou mais
b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____

Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:

c) Ficou ferido(a)?
 Não ☐₁
 Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente
1	2	3	4	5	6

d) Sentiu a sua vida ameaçada?
 Não ☐₁
 Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?
 Não ☐₁
 Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?
 Não ☐₁
 Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

g) Qual foi o acontecimento? _____

10- Recebeu notícias sobre a mutilação, ferimento grave, ou morte violenta ou inesperada de alguém que lhe está próximo?

Não ☐₁ Se respondeu não siga para a questão nº 11

Sim ☐₂ Se respondeu sim, responda a todos os seguintes itens:

a) Quantas vezes? ☐₁ uma ☐₂ duas ☐₃ 3 vezes ou mais
b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____

Se viveu mais do que uma situação concentre-se na que foi mais traumática para si:

c) Qual era a relação que tinha com essa pessoa? _____
d) Sentiu a sua vida ameaçada?
 Não ☐₁
 Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

	<table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>g) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
11- Vivenciou algum outro grande acontecimento traumático como estes?																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 12																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Sim <input type="checkbox"/>₂ <i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>g) Qual foi o acontecimento? _____</p>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente																																												
1	2	3	4	5	6																																												
12- Vivenciou outros acontecimentos como estes dos quais sente que não pode falar (nota: não tem de descrever a situação)?																																																	
Não <input type="checkbox"/> ₁	Se respondeu não siga para a questão nº 13																																																
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, responda a <u>todos</u> os seguintes itens:</p> <p>a) Quantas vezes? <input type="checkbox"/>₁ uma <input type="checkbox"/>₂ duas <input type="checkbox"/>₃ 3 vezes ou mais</p> <p>b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____</p> <p>c) Ficou ferido(a)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p>																																																

Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p><i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Severamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente								
1	2	3	4	5	6								
<p>d) Sentiu a sua vida ameaçada?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p>													
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p><i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente								
1	2	3	4	5	6								
<p>e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p>													
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p><i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente								
1	2	3	4	5	6								
<p>f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?</p> <p>Não <input type="checkbox"/>₁</p>													
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p><i>Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Muito Pouco</td> <td>Um Pouco</td> <td>Moderado</td> <td>Bastante</td> <td>Muito</td> <td>Extremamente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente	1	2	3	4	5	6
Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente								
1	2	3	4	5	6								

13- Se respondeu “Sim” a uma ou mais questões anteriores, qual foi o acontecimento mais traumático que viveu? Registe o número da questão (exemplo: nº 2 para o desastre natural)_____

14- Respondeu “Sim” a mais do que uma questão enquanto pensava num mesmo acontecimento?

Não <input type="checkbox"/> ₁	
Sim <input type="checkbox"/> ₂	<p>Se respondeu sim, quais os itens que se referem a um mesmo acontecimento?</p> <p>_____</p>

➤ *Siga para a página seguinte e responda ao Questionário de Avaliação do Acontecimento Traumático, concentrando-se no acontecimento mais traumático que referiu (não precisa de indicar mais detalhes sobre o acontecimento)*

15- Se respondeu “Não” a todas as questões, descreva brevemente a situação mais traumática que viveu?

a) Quantas vezes? ☐₁ uma ☐₂ duas ☐₃ 3 vezes ou mais

b) Que idade tinha na altura? 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____

c) Ficou ferido(a)?

Não ☐₁

Sim ☐₂ *Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade*

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Severamente
1	2	3	4	5	6

d) Sentiu a sua vida ameaçada?

Não ☐₁

Sim ☐₂

Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

e) Em que medida é que foi traumático para si na altura?

Não ☐₁

Sim ☐₂

Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

f) Em que medida é que é traumático para si actualmente?

Não ☐₁

Sim ☐₂

Se respondeu sim, diga o quanto de acordo com a escala de severidade

Muito Pouco	Um Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5	6

- *Siga para a página seguinte e responda ao Questionário de **Avaliação do Acontecimento Traumático**, concentrando-se neste acontecimento.*

CONFIRME SE RESPONDEU A TODOS OS ITENS DAS QUESTÕES QUE SELECIONOU COM “SIM” POR FAVOR.

ANEXO III

CHECKLIST (PCL)- VERSÃO CIVIS

Weathers *et al.* (1993)

versão traduzida e adaptada por Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006)

Avaliação do Acontecimento Traumático

INSTRUÇÕES: O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que as pessoas por vezes têm após terem vivido uma experiência traumática. Pedimos-lhe agora que concentre a sua atenção no **acontecimento/experiência** que considera ter sido **a mais traumática** para si e que referiu na pergunta nº13 ou nº15.

Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale em que medida apresentou os seguintes sintomas no último mês. Para tal **assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua opinião utilizando a escala apresentada:**

Escala:

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	Nos tempos seguintes ao acontecimento traumático				
a) Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
b) Sonhos perturbadores e repetitivos referentes ao acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5

c) Agir ou sentir-se subitamente como se o acontecimento traumático estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver).....	1	2	3	4	5
d) Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
e) Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
f) Evitar pensar ou falar sobre o acontecimento traumático, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento.....	1	2	3	4	5
g) Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
h) Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes do acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
i) Perder o interesse por actividades de que antes costumava gostar.....	1	2	3	4	5
j) Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas.....	1	2	3	4	5
k) Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas.....	1	2	3	4	5
l) Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo.....	1	2	3	4	5
m) Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir.....	1	2	3	4	5
n) Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria.....	1	2	3	4	5
o) Ter dificuldade em se concentrar.....	1	2	3	4	5
p) Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda.....	1	2	3	4	5
q) Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado/a.....	1	2	3	4	5

1. Quanto tempo depois do acontecimento traumático é que estes sintomas surgiram?

- ☐₁ Nos primeiros 6 meses
- ☐₂ Após 6 meses ou mais

2. Durante quanto tempo, após a ocorrência do acontecimento traumático, teve os sintomas acima descritos?

- ☐₁ Menos de 1 mês
- ☐₂ Menos de 3 meses
- ☐₃ 3 meses ou mais

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS AFIRMAÇÕES POR FAVOR.

ANEXO IV

CHECKLIST (PCL)- VERSÃO MILITARES

Weathers *et al.* (1993)

versão traduzida e adaptada por Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006)

Avaliação do Acontecimento Traumático

INSTRUÇÕES: O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que os ex-combatentes por vezes têm após terem vivido experiências traumáticas durante a vida militar. Pedimos-lhe agora que concentre a sua atenção no(s) acontecimento(s) que considera ter(em) sido o(s) mais traumático(s) durante a sua comissão na **guerra colonial**.

Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale em que medida apresentou os seguintes sintomas no **último mês**. Para tal **assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua opinião utilizando a escala apresentada:**

Escala:

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	A seguir ao(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra				
a) Recordações, pensamentos ou imagens perturbadoras e repetitivas do acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra.....	1	2	3	4	5
b) Sonhos perturbadores e repetitivos com o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra.....	1	2	3	4	5

c) Agir ou sentir como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra estivesse(m) a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver).....	1	2	3	4	5
d) Sentir-se muito perturbado quando algo o relembra do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra.....	1	2	3	4	5
e) Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando qualquer coisa se assemelha a aspectos do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra	1	2	3	4	5
f) Evitar pensar ou falar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra ou evitar ter sentimentos relacionados com esse(s) acontecimento(s).....	1	2	3	4	5
g) Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra.....	1	2	3	4	5
h) Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra.....	1	2	3	4	5
i) Perda de interesse por actividades de que antes costumava gostar.....	1	2	3	4	5
j) Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.....	1	2	3	4	5
k) Sentir-se emocionalmente adormecido ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas.....	1	2	3	4	5
l) Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo.....	1	2	3	4	5
m) Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir.....	1	2	3	4	5
n) Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria.....	1	2	3	4	5
o) Ter dificuldade em se concentrar.....	1	2	3	4	5
p) Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda.....	1	2	3	4	5
q) Sentir-se sobressaltado ou facilmente alarmado.....	1	2	3	4	5

3. Quanto tempo depois do acontecimento traumático é que estes sintomas surgiram?

☐₁ Nos primeiros 6 meses

☐₂ Após 6 meses ou mais

4. Durante quanto tempo, após a ocorrência do acontecimento traumático, teve os sintomas acima descritos?

☐₁ Menos de 1 mês

☐₂ Menos de 3 meses

☐₃ 3 meses ou mais

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS AFIRMAÇÕES POR FAVOR.

ANEXO V

BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961)

aferido para a população portuguesa por Adriano Vaz Serra & Pio Abreu (1973)

Avaliação da Depressão

INSTRUÇÕES: Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações que se referem a estados de espírito. Leia cuidadosamente as frases e escolha apenas uma única afirmação em cada grupo, a que melhor descrever a forma como se sente hoje. Faça um círculo (O) no número que se encontra antes da frase que escolheu.

- A**
0. Não me sinto triste.
 1. Ando neura ou triste.
 2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
 2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
 3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.
- B**
0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.
 1. Sinto-me com medo do futuro.
 2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
 2. Creio que não conseguirei resolver os meus problemas.
 3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.
- C**
0. Não tenho a sensação de ter fracassado.
 1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
 2. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
 2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.
 3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).
- D**
0. Não me sinto descontente com nada em especial.
 1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.
 1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
 2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.
 3. Sinto-me descontente com tudo.
- E**
0. Não me sinto culpado de nada em particular.
 1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.

2. Sinto-me bastante culpado.
 2. Agora sinto, permanentemente, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.
 3. Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.
- F**
0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.
 1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
 2. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.
 3. Sinto que mereço ser castigado.
 3. Quero ser castigado.
- G**
0. Não me sinto descontente comigo.
 1. Estou desiludido comigo mesmo.
 1. Não gosto de mim.
 2. Estou bastante desgostoso comigo.
 3. Odeio-me.
- H**
0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
 1. Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas e erros.
 2. Culpo-me das minhas próprias faltas.
 2. Acuso-me por tudo de mal que acontece.
- I**
0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo.
 1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
 2. Sinto que seria melhor morrer.
 2. Creio que seria melhor para a família se eu morresse.
 2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.
 3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
- J**
0. Actualmente não choro mais do que o costume.
 1. Choro mais agora do que costumava.
 2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade.
- K**
0. Não ando agora mais irritado do que de costume.
 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2. Sinto-me permanentemente irritado.
 3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente.
- L**
0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
 1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
 2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
 3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.
- M**
0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
 1. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.
 2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.
 3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.
- N**
0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.
 1. Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.

-
- 2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.
 - 3. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.
- O**
- 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
 - 1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
 - 1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
 - 2. Tenho de dispendir de um grande esforço para fazer seja o que for.
 - 3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.
- P**
- 0. Consigo dormir tão bem como dantes.
 - 1. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.
 - 2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
 - 3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais que cinco horas.
- Q**
- 0. Não me sinto mais cansado do que é habitual.
 - 1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.
 - 2. Fico cansado quando faço seja o que for.
 - 3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.
- R**
- 0. O meu apetite é o mesmo de sempre.
 - 1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 - 2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.
 - 3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.
- S**
- 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.
 - 1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso.
 - 2. Perdi mais de 5 quilos de peso.
 - 3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.
- T**
- 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
 - 1. Sinto-me preocupado com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.
 - 2. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
 - 3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.
- U**
- 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
 - 1. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.
 - 2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
 - 3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

CONFIRME SE RESPONDEU A TODOS OS GRUPOS POR FAVOR.

ANEXO VI

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI Form Y-1)

Spielberger, Goruch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983)

versão traduzida por Américo Baptista (1986).

Avaliação da Ansiedade no Momento

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada frase e responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente agora.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS AFIRMAÇÕES POR FAVOR.

ANEXO VII

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI Form Y-2)

Spielberger, Goruch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983), versão traduzida por Américo Baptista (1986).

Avaliação da Ansiedade no Geral

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente habitualmente (na maior parte das vezes). Não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada frase e responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21.Sinto-me bem	1	2	3	4
22.Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
23.Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
24.Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25.Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26.Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27.Estou "calmo, fresco e concentrado"	1	2	3	4
28.Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
29.Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30.Estou feliz	1	2	3	4
31.Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32.Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
33.Sinto-me seguro	1	2	3	4
34.Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35.Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36.Estou contente	1	2	3	4

37.Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	1	2	3	4
39.Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40.Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS AFIRMAÇÕES POR FAVOR.

ANEXO VIII

FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO- PARTE 1

EXMO(A) SENHOR(A)

Eu, Susana Sofia Martinho de Oliveira, Psicóloga Clínica na APOIAR (Associação de Apoio aos Ex-Combatentes Vítimas de Stress de Guerra), encontro-me actualmente a realizar um trabalho de investigação para a minha tese do Curso de Mestrado de Stress e Bem-Estar, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

O presente estudo visa investigar o **impacto psicológico e emocional que a Perturbação de Stress Pós-Traumático do Ex-Combatente da Guerra Colonial tem nas suas famílias**, nomeadamente nas suas esposas e filhos.

Os dados recolhidos destinam-se à investigação e serão tratados de forma confidencial e anónima. Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, sendo que o seu contributo é fundamental, possibilitando uma melhor compreensão sobre a realidade portuguesa, no que diz respeito às famílias dos Ex-Combatentes. No final do estudo, terá conhecimento dos resultados apurados.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me para o telefone 21 380 8000, de 2ª a 6ª feira, das 15h30 às 19h00.

Para colaborar, subscreva com a sua assinatura o seu consentimento informado.

**MUITO OBRIGADA PELA SUA IMPORTANTE COLABORAÇÃO E
DISPONIBILIDADE**

ANEXO IX

FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO- PARTE 2

CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os meus dados e o preenchimento dos questionários possam contribuir para o estudo sobre o impacto psicológico da Perturbação de Stress Pós-Traumático do Ex-Combatente da Guerra Colonial nas suas esposas e filhos.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

Lisboa, _____ de _____ de _____

O Participante

O Investigador Responsável